



Ansiedad y Resiliencia en Paliativistas colombianos

Cristhian Velásquez Marín

Código: 12262128924

Universidad Antonio Nariño

Maestría en Cuidados Paliativos

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2022

Ansiedad y Resiliencia en Paliativistas Colombianos

Cristhian Velásquez Marín

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

Magister en Cuidado Paliativo

Director:

PhD., Carlos Javier Avendaño Vásquez

Línea de Investigación: Cuidado Paliativo Psicosocial.

Grupo de Investigación: Innovación y Cuidado

Universidad Antonio Nariño

Maestría en Cuidados Paliativos

Facultad de Enfermería

Bogotá, Colombia

2022

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado Ansiedad y Resiliencia en Paliativistas colombianos, Cumple con los requisitos para
optar
Al título de Magister en Cuidados Paliativos.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

Bogotá, 14 Noviembre de 2022.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	2
1.1 Planteamiento del problema	2
1.2 Pregunta de Investigación	4
OBJETIVOS	5
2.1 Objetivo General	5
2.2 Objetivos específicos	5
JUSTIFICACIÓN	6
MARCO CONCEPTUAL	8
MARCO METODOLÓGICO	11
1.3 Diseño y población	11
1.4 Criterios de elegibilidad	11
6.2.1 Criterios de inclusión	11
6.2.2 Criterios de no inclusión	11
1.3 Variables	11
6.3.1 Variable dependiente (VD)	11
6.3.2 Variable independiente (VI)	12
6.3.3 Variables sociodemográficas	12
1.4 Instrumentos	12
6.5 Procedimientos	13
1.6 Análisis estadístico	14
CONSIDERACIONES ÉTICAS	15
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	23
CONCLUSIONES	26
RECOMENDACIONES	26
REFERENCIAS	26
ANEXOS:	34

TABLA DE FIGURAS:

Tabla 1. Niveles de ansiedad paliativistas	17
Tabla 2. Síntomas de trastornos ansiosos	18
Tabla 3. Niveles de Resiliencia	19
Tabla 4. Relación de Ítems por cada factor de la Escala de Resiliencia.....	19
Tabla 5. Características sociodemográficas y Ansiedad	20
Tabla 6. Características sociodemográficas y Resiliencia.....	21
Tabla 7. Correlación entre Ansiedad y Resiliencia	23

DEDICATORIA

A mis hijos y esposa que supieron entender que el tiempo dedicado a esta investigación se les será retribuido.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia y colegas, a mis profesores y sobre todo a mis pacientes la motivación para realizar este trabajo

Resumen

Introducción: La ansiedad es una patología con alta prevalencia en nuestra población, los médicos han demostrado tener mayores cifras de ansiedad y se han descrito resultados adversos en la atención médica debido a este trastorno. La resiliencia se ha definido como un factor protector a enfermedades físicas y psicológicas que evita el deterioro emocional. Los médicos paliativistas tratan a personas con enfermedades crónicas o en estadios terminales, por lo cual creemos que esta exposición puede aún aumentar el riesgo de ansiedad.

Métodos: Desarrollamos un estudio transversal analítico con muestreo no probabilístico en el que incluimos a 42 paliativistas colombianos a los cuales se les aplicó un cuestionario sociodemográfico, la escala de ansiedad de Zung y la Resilience Scale.

Resultados: 42 paliativistas con promedio de edad 41 años participaron en el estudio. El 100% de los médicos evaluados presentaron síntomas ansiosos. Se identificó en el 93,7% de la población ansiedad leve o moderada y 6,3% de personas con síntomas de ansiedad grave. Menos de la mitad de los evaluados demostraron tener niveles altos de resiliencia. Encontramos una correlación inversa y significativa entre los factores que componen la escala de resiliencia y la manifestación de síntomas psicológicos y físicos de ansiedad.

Conclusiones: Nuestros resultados reflejan que la población de médicos paliativistas es una población con un riesgo y exposición mayor a desarrollar ansiedad y sus desenlaces adversos. Encontramos mayores niveles de ansiedad en comparación con otros estudios, por lo que consideramos que esta población requiere mayor vigilancia e intervención en la atención y prevención de trastornos de la salud mental.

Palabras clave: Ansiedad, resiliencia psicológica, cuidados paliativos, prevención.

Abstract

Introduction: Anxiety is a pathology with high prevalence in our population; physicians have been shown to have higher anxiety numbers, and adverse healthcare outcomes have been described due to this disorder. Resilience has been defined as a protective factor against physical and psychological illnesses that prevents emotional deterioration. However, palliative care physicians treat people with chronic or end-stage diseases, so we believe this exposure may increase anxiety risk.

Methods: We developed an analytical cross-sectional study with non-probabilistic sampling. We included 42 Colombian palliatives who were administered a sociodemographic questionnaire, the Zung anxiety scale, and the Resilience Scale.

Results: 42 palliative care physicians with an average age of 41 years participated in the study. Anxious symptoms were present in 100% of the physicians evaluated. Mild or moderate anxiety was identified in 93.7% of the population and 6.3% of people with severe anxiety symptoms. Less than half of the participants considered demonstrated high levels of resilience. We found an inverse and significant correlation between the factors that make up the resilience scale and the manifestation of psychological and physical symptoms of anxiety.

Conclusions: Our results reflect that the population of palliative care physicians has a higher risk and exposure to developing anxiety and its adverse outcomes. We found higher anxiety levels compared to other studies, so this population requires greater vigilance and intervention in treating and preventing mental health disorders.

Keywords: Anxiety, resilience, psychological, palliative care, prevention.

1. INTRODUCCIÓN

Los profesionales en cuidados paliativos están en exposición continua a una amplia carga emocional y existencial; su trabajo consiste en ser los principales cuidadores de pacientes con enfermedades avanzadas e incurables y participar en decisiones con amplios dilemas éticos e incluso legales (1). Se ha descrito ampliamente que estos factores aumentan el riesgo de deterioro emocional el cual puede incluir ansiedad, depresión, ideación suicida, abuso de sustancias y la disminución de la calidad de la atención al paciente (2). Por su parte, la resiliencia puede entenderse como la respuesta positiva y adaptativa que permite anteponerse y beneficiarse ante situaciones adversas (3); considerándose como un elemento protector, el cual, es inversamente proporcional a la ansiedad (4).

En la actualidad pocos estudios han identificado la relación entre la ansiedad y la resiliencia entre los profesionales de la salud, y pese a que se han descrito ampliamente de forma aislada, específicamente en Colombia los hallazgos son escasos con relación a la salud mental en paliativistas.

Este estudio tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad y resiliencia en los paliativistas colombianos, y establecer su correlación, con el fin de promover medidas que fomenten el bienestar emocional en esta población.

2. ANTECEDENTES

1.1 Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de trastornos de ansiedad es de 3,6% en la población general; se manifiesta principalmente en mujeres y es más frecuente que la depresión (5). En 2018, el Ministerio de Salud y Protección de Colombia reportó una prevalencia de los trastornos de ansiedad del 6%, siendo casi el doble de la prevalencia mundial, y la describió como una importante causa de ausentismo laboral en el país (6). La ansiedad es la sexta causa principal de discapacidad en años de vida perdidos en países de ingresos altos, medios y bajos (7), además, se asocia a un mayor riesgo de desarrollo de enfermedad cardiovascular como hipertensión arterial y enfermedad coronaria (8), así como a mayor riesgo de ideación suicida y autolesiones (9). Estos trastornos tienen una profunda relevancia social y económica; a menudo los pacientes son estigmatizados y discriminados (10), y los costos de salud en personas con ansiedad son casi el doble que en pacientes sin ansiedad (11).

En el contexto sanitario, los profesionales de la salud tienen un riesgo elevado de presentar ansiedad y otros trastornos mentales (2), y particularmente, los paliativistas presentan un riesgo más elevado en comparación con otras especialidades médicas. Un estudio en Canadá (2020), reportó que más de la tercera parte los profesionales de cuidados paliativos tienen síntomas de agotamiento emocional (12); otro estudio en Estados Unidos mostró resultados similares con tasas de prevalencia cercanas al 40% en los paliativistas encuestados. En otros países como Francia y Australia existen tasas de prevalencia más bajas (9% y 24%) pero igualmente significativas (13, 14), así como tasas que superan el 41% como en el caso de Singapur (15).

La ansiedad se puede presentar con un abanico de síntomas diversos, tanto psíquicos como físicos, reactivos a situaciones o estímulos que una persona identifica como amenazantes, y que no necesariamente representarían un peligro, dependiente de la intensidad y la frecuencia de los síntomas se puede manejar inicialmente con los recursos propios de cada persona, también llamadas estrategias de afrontamiento. Cuando dichos

recursos se ven superados se debe recurrir a manejos psicoterapéuticos y/o farmacológicos (16).

La atención de personas con múltiples problemas de salud tiene efectos sobre el bienestar del médico, especialmente, en los paliativistas, los cuales están en contacto diario con pacientes con enfermedades en estadios avanzados o terminales; se ha descrito que esta exposición provoca angustia y sufrimiento emocional, así como claras consecuencias psicológicas y existenciales, las cuales explican las altas prevalencias de trastornos de ansiedad. Los médicos paliativistas están en contacto permanente con pacientes que buscan resolver síntomas refractarios reactivos a patologías progresivas e incurables, poniendo a prueba su capacidad de tolerancia a la frustración, y en ocasiones generando desequilibrios en la salud mental (17, 18).

Desde hace casi una década se empezó a describir la importancia que tiene mejorar la vida laboral de los profesionales de la salud. El agotamiento emocional se ha relacionado con aumento del costo de la atención, abandono de la práctica médica, mayor número de errores de prescripción de medicamentos y niveles más bajos de empatía los cuales se asocian a peores resultados terapéuticos (19, 20), por esta razón, es pertinente centrar los sistemas de salud en cuidar a los cuidadores de salud para tener mejores resultados, y aún más a los profesionales en cuidados paliativos.

Colombia es un país con limitaciones en el número de especialistas, con alto riesgo de padecer enfermedades asociadas a la salud mental y por ende con mayor impacto en la atención de la población objeto. Un estudio del 2020 concluyó que en Colombia hay un incremento de la necesidad de atención paliativa y una marcada limitación en la cantidad de estos profesionales, lo cual representa una importante problemática para el sistema de salud colombiano (21). Según el Ministerio de Salud Colombiano, para 2016, en Colombia sólo estaban registrados 367 especialistas en esta área. En el último reporte técnico del Observatorio colombiano de cuidados paliativos del 2019 se reportaron varios indicadores que demuestran esta amplia problemática; por ejemplo, el 30% de los colombianos fallecen necesitando cuidados paliativos (22). Adicionalmente, en Colombia aún no se cuenta con servicios paliativos para la población pediátrica y 8 de 32 departamentos (25% de los departamentos del país) tienen tan sólo de 0 a 0,2 profesionales de cuidados paliativos por cada 100.000 habitantes (22).

Por el número limitado de paliativistas en el país, y por la alta necesidad que ellos representan, se hace aún más importante impulsar estudios que fortalezcan su ambiente laboral y preserven su salud emocional y física. La resiliencia se ha definido como un factor que evita el deterioro emocional de una persona luego de enfrentar situaciones adversas, su presencia y grado puede ser atribuible a rasgos genéticos, pero principalmente los factores sociales y personales son los que la definen (23). Entre estos factores se incluye el apoyo institucional, psicológico, promoción de la resiliencia y control del estrés. Estudios recientes durante la pandemia mostraron que los trabajadores de la salud resilientes tenían menores probabilidades de desarrollar ansiedad y depresión (24, 25). De esta manera explorar los niveles de ansiedad y resiliencia en una población con un riesgo elevado de padecer deterioro mental y emocional supone una herramienta muy importante para estrategias que fortalezcan el cuidado de los paliativistas y por extensión la prestación de servicios de salud de la población.

1.2 Pregunta de Investigación

¿Existe correlación entre los niveles de ansiedad y los niveles resiliencia en los paliativistas colombianos?

3. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

- Explorar la correlación entre la ansiedad y la resiliencia en los paliativistas colombianos

2.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de ansiedad en los Paliativistas Colombianos
- Identificar el nivel de resiliencia en los Paliativistas Colombianos
- Establecer las características sociodemográficas asociadas con los niveles de ansiedad y resiliencia de los Paliativistas colombianos.

4. JUSTIFICACIÓN

El Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano ha reportado una alta prevalencia de patologías mentales, en donde los trastornos de ansiedad aparecen entre las principales alteraciones psiquiátricas (6); En Colombia se firmó el 24 de enero del 2013 la ley 1616, que garantiza el derecho a la salud mental a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud, promoviendo la salud mental, salud integral y atención primaria en salud; por otra parte, la ansiedad se incluye dentro del grupo de enfermedades laborales definida por la Ley 1562 de 2012. Es importante reconocer que, aunque se ha trabajado fuertemente en la desestigmatización de la patología mental, aún no hay una identificación oportuna de las mismas, lo cual favorece el avance, aparición o complicación de patologías orgánicas, ideación suicida, alcoholismo y consumo de otras sustancias psicoactivas. Por otro lado, es importante identificar síntomas afectivos en los médicos tratantes ya que esto se asocia con deficiencia en la atención del paciente (26, 27).

Se estima, que al menos un tercio de los médicos en algún momento de su vida laboral presentan problemas de salud, y entre ellos, la depresión es el diagnóstico más infravalorado, estigmatizado y menos tratado, lo cual, puede conllevar a un deterioro físico y mental. Un metaanálisis del 2019 mostró una prevalencia de depresión del 27% en estudiantes de medicina y hasta 60% en médicos graduados (28). Jornadas laborales mayores a 10 horas diarias, alta responsabilidad e intensidad, contacto frecuente con pacientes enfermos y terminales, falta de autonomía y poca atención a su vida personal han sido descritos como factores que exponen a los médicos a un mayor riesgo de desarrollar depresión (29). Otro estudio del 2018 realizado en Sudáfrica mostró que, de 545 médicos encuestados, al menos el 40% manifestó estar de acuerdo o muy de acuerdo en sentirse agotados y 30% haber tenido episodios de depresión y ansiedad asociadas a su trabajo (30).

Los paliativistas atienden a una de las poblaciones más vulnerables de la sociedad, con necesidades significativas de cuidado paliativo y en desventaja según la relación paliativista -paciente, que puede conllevar a un deterioro emocional del mismo, lo cual, no sólo significará un problema para su calidad de vida y la de su familia, sino una afectación de la población y del sistema de salud en general. De esta misma manera, fortalecer la salud mental y emocional del paliativista no solo será un beneficio para estos profesionales sino para la sociedad misma (31).

La presente investigación fundamentó su relevancia a partir de la identificación de la relación entre el ejercicio médico de los paliativistas en Colombia y el grado de ansiedad cómo producto de un desbalance en la capacidad de resiliencia, con el fin de promover estrategias enfocadas en fortalecer su salud mental.

5. MARCO CONCEPTUAL

La ansiedad es un trastorno emocional que se caracteriza por la presencia prolongada y sin causa aparente de preocupación, nerviosismo, inquietud y miedo. Este trastorno provoca deterioro físico, social, familiar y ocupacional, además aumenta el riesgo de alcoholismo, consumo de sustancias psicoactivas e intento de suicidio (31)

Epidemiología: Es más frecuente en la cuarta década de la vida, y más común en mujeres que hombres. La etnia caucásica es más propensa a desarrollar ansiedad, así mismo hay factores genéticos que predisponen su desarrollo. La ansiedad tiene una prevalencia global que oscila entre el 3,8% y el 25%, con una tasa de prevalencia del 70% en personas con enfermedades crónicas. Es la sexta causa de discapacidad global, se asocian con otros trastornos emocionales como depresión y a otros factores como hipertensión arterial y un riesgo 52% más alto de desarrollar enfermedad cardiovascular en comparación con la población sana (32) (33)

Causas: La ansiedad es el resultado de la respuesta de un sistema complejo neuronal, psicológico y endocrino ante factores endógenos o exógenos que el individuo identifica como amenazantes, el cual, puede desencadenar una serie de manifestaciones fisiológicas displacenteras; esto se refleja en expresiones faciales y conductuales como inquietud motora, onicofagia, temblor, etc. Es muy común que los síntomas y signos aparezcan en respuesta a situaciones específicas, aunque también puede ser desencadenado por procesamientos cognitivos del individuo (34).

Diagnóstico: El diagnóstico debe diferenciarse de trastornos depresivos, ataques de pánico, estrés postraumático, alteraciones somáticas como alteraciones endocrinas o consumo de sustancias. El diagnóstico se basa en los criterios del Manual de Criterios Diagnósticos de la Sociedad Americana de Psiquiatría, en su quinta edición (DSM V) (35). Así mismo, existen diferentes escalas como la a escala de Zung, la cual es una herramienta diagnóstica para ansiedad. En 1935 se fundó la Sociedad de psicometría, en Michigan, con el fin de estudiar métodos cuantitativos aplicados a la educación, ciencias sociales y la psicología. Hoy en día las pruebas psicométricas cumplen un papel importante en el diagnóstico, estadificación y evolución de patologías psiquiátricas; entre ellas podemos utilizar test para determinar grados de ansiedad, como la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung (36).

Tratamiento: El tratamiento se compone de manejo no farmacológico y farmacológico y se enfoca en mejorar la calidad de vida, reducir los riesgos que afecten la vida del paciente y mejorar el desempeño social del paciente. En el primer grupo están la terapia cognitivo conductual, cambios en el estilo de vida como práctica de ejercicio físico y dieta. Se ha demostrado que la actividad física es un factor protector para los síntomas y el trastorno de ansiedad (37). Además, se ha recomendado la mejora en la calidad del sueño, reducir consumo de alcohol, cafeína y psicoterapia para los familiares del paciente.

Por su parte el tratamiento farmacológico consta de diferentes líneas de manejo; en casos ideales se prefieren medicamentos que tienen menor número de reacciones adversas y menor riesgo de dependencia como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina (38). Una editorial que describió burnout y resiliencia en cirujanos recomendó un entorno de trabajo que fomente el bienestar sostenible que evite el ensimismamiento del médico, dormir lo suficiente, buena nutrición y tiempo para satisfacer necesidades personales (39)

Ansiedad en médicos paliativistas: Los médicos paliativistas están constantemente expuestos a situaciones de estrés agudo y crónico por la interacción y manejo de los síntomas refractarios de aquellos pacientes que asisten a su consulta con la esperanza de aliviar el sufrimiento secundario a patologías progresivas sin probabilidad de cura. Además, el profesional tiene el desafío de acompañar a los familiares durante el proceso de la enfermedad y posterior muerte del paciente. (40). Esta experiencia se presenta día a día en el ejercicio del paliativista y pone a prueba la capacidad de tolerancia a la frustración y las estrategias de afrontamiento del médico tratante (41).

Agotamiento laboral (Burnout): Es un tipo especial de estrés relacionado con el trabajo, un estado de agotamiento físico o emocional que también implica una ausencia de la sensación de logro y pérdida de la identidad personal (42).

Resiliencia: Se describe como la capacidad que tienen ciertas personas de sobreponerse ante impactos psíquicos, saliendo incluso fortalecidos (41). La resiliencia se ha definido como la respuesta positiva de un individuo ante situaciones adversas, definiendo como positivo a la ausencia de enfermedad psicopatológica (trastornos conductuales o afectivos) luego de la exposición; o dicho de otro modo, alcanzar un propósito con un costo psicológico y físico mínimo. (43) Todas las personas tienen cierto rasgo innato de resiliencia,

y su expresión puede depender de factores genéticos y comportamentales (44) (45). Los individuos pueden ser resilientes en un dominio y no en otros, o pueden ser resilientes en un período de tiempo y no en otros períodos de sus vidas. La resiliencia permite a las personas y las comunidades no solo sobrevivir y adaptarse a los desafíos, sino también mejorar su situación y crecer y prosperar (crecimiento postraumático) además de superar a un adversario específico (46).

La resiliencia es una adaptación positiva después de situaciones estresantes y representa mecanismos de afrontamiento y superación de experiencias difíciles, es decir, la capacidad de una persona para adaptarse con éxito al cambio. Resistir el impacto negativo de los factores estresantes y evitar la aparición de disfunciones importantes. La resiliencia no es innata, todas las personas poseen resiliencia y pueden fortalecerla (47).

El nivel de resiliencia primaria se ha considerado un factor protector contra el desarrollo de enfermedades, lo que significa que la falta de resiliencia conlleva un riesgo de aparición de trastornos mentales y enfermedades orgánicas y neurológicas (26, 47).

6. MARCO METODOLÓGICO

1.3 Diseño y población

Estudio transversal analítico con muestreo no probabilístico (48). La población estuvo conformada por 42 médicos paliativistas pertenecientes a la Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC) y la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP) (22).

1.4 Criterios de elegibilidad

6.2.1 Criterios de inclusión

Ser médico con especialización en cuidados paliativos

Estar afiliado a una de las sociedades colombianas de Cuidados paliativos

Estar en ejercicio médico en servicios de cuidados paliativos

6.2.2 Criterios de no inclusión

Cumplir menos de 3 meses de ejercicio profesional como paliativistas.

Paliativistas con antecedentes de trastornos mentales

1.3 Variables

6.3.1 Variable dependiente (VD)

Síntomas de ansiedad: La ansiedad se puede presentar con un abanico de síntomas diversos, tanto psíquicos como físicos, reactivos a situaciones o estímulos que una persona identifica como amenazantes, y que no necesariamente representarían un peligro (16). Dependiente de la intensidad y la frecuencia de los síntomas se puede manejar inicialmente con los recursos propios de cada persona, también llamadas estrategias de afrontamiento. Cuando dichos recursos se ven superados se debe recurrir a manejos psicoterapéuticos y/o farmacológicos. Para evaluar los niveles de ansiedad se utilizó la escala de autoevaluación de Zung, la cual es de uso abierto (49).

6.3.2 Variable independiente (VI)

Niveles de resiliencia: La resiliencia es un término que se aplica de manera más significativa a las personas que muestran una adaptación exitosa a pesar de que su entorno las ha puesto en mayor riesgo de resultados desadaptativos (25). Es la capacidad de sobreponerse a pesar de la adversidad. Para identificar los niveles de resiliencia se usó la escala de uso abierto de Wagnild y Young.

6.3.3 Variables sociodemográficas

- Edad
- Sexo
- Estrato socioeconómico
- Modalidad de atención
- Tipo de pacientes que atiende
- Cantidad de sitios en donde trabaja
- Horas de trabajo semanales
- Horas de consulta ambulatoria
- Estado civil
- Cantidad de hijos
- Días de vacaciones al año y frecuencia de vacaciones
- Antecedentes personales de enfermedad mental
- Antecedentes familiares de enfermedad mental

1.4 Instrumentos

La escala de ansiedad de Zung

Consta de 20 ítems, (50). Fue traducida y validada al español en el 2009 (51); desde entonces ha sido utilizada como herramienta cuantitativa de múltiples estudios de ansiedad en Colombia y el mundo. La escala presenta un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.81, se sugiere que este coeficiente esté en el rango de 0.70 y 0,90 (52).

El cuestionario consta de 20 preguntas, cada pregunta está puntuada del 1 al 4. (1: Muy pocas veces; 2: Algunas veces; 3: Muchas veces; 4: Casi siempre). El puntaje global se obtiene sumando las calificaciones de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor grado de ansiedad. La clasificación de ansiedad se establece de la siguiente manera: menor de 45 puntos, dentro de límites normales (no hay ansiedad), 45-59 puntos: presencia de ansiedad mínima a moderada, 60-69 puntos: presencia de ansiedad marcada a severa, mayor a 70 puntos: presencia de ansiedad en grado máximo (50).

Escala de Resiliencia (RS)

Originalmente creada en inglés por Wagnild y Young en 1993, y posteriormente validada al español. Tiene un Alpha de Cronbach de 0.94 para toda la escala y mide el grado de resiliencia individual (51). Esta escala se correlaciona negativamente con depresión y ansiedad. Esta escala consta de dos factores resumidos en cinco áreas: satisfacción personal, ecuanimidad, sentirse bien solo, confianza en sí mismo y perseverancia. El primer factor define la competencia personal con 17 ítems que indican la confianza en sí mismo, la independencia, la decisión, la invencibilidad, el poder, el ingenio y la perseverancia. El segundo factor integra la aceptación de uno mismo y de la vida; incluye 8 ítems; adaptabilidad, equilibrio, flexibilidad y perspectiva vital a pesar de la adversidad. La escala es de tipo Likert de 7 puntos que van desde 1 = totalmente en desacuerdo hasta 7 = totalmente de acuerdo. La puntuación total de la escala oscila entre 25 y 175. Las puntuaciones pueden definirse como altas (147-175), media (121-146) y baja (menos de 121). (52).

6.5 Procedimientos

La población se identificó por medio de la Asociación de Cuidados Paliativos de Colombia (ASOCUPAC) y la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP). La captación de la población se realizó por medio de correos electrónicos, grupos de Facebook y WhatsApp de la ACCP. Teniendo en cuenta la dispersión geográfica de la población de estudio, las encuestas se aplicaron por medio de la plataforma Google Forms y se enviaron por correo electrónico o por medio impreso en los casos en que contactamos personalmente a los paliativistas. La duración para diligenciar los cuatro formatos (consentimiento, datos

sociodemográficos, escala de Zung y Resilience Scale) fue entre 8 y 10 minutos de forma autoadministrada.

1.6 Análisis estadístico

Se calcularon los estadísticos descriptivos en frecuencias simples y absolutas. Las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, y los coeficientes de asimetría de Skewness y Kurtosis se usaron para determinar la normalidad de las variables. Los datos sociodemográficos se trataron como variables independientes para examinar la asociación con las puntuaciones resumen de las escalas de ansiedad y resiliencia. El análisis de los efectos asociados de las variables sociodemográficas con ansiedad y resiliencia se realizaron mediante el test exacto de Fisher basado en las clasificaciones métricas de cada cuestionario. Los resultados de las variables cuantitativas se expresaron con medidas de posición y dispersión.

Los niveles de ansiedad se agruparon según los resultados numéricos por categorías y los síntomas fueron expresados mediante frecuencias simples y relativas. La escala de resiliencia se analizó cuantitativamente según la puntuación global de resiliencia y las puntuaciones parciales de cada área que componen el instrumento, presentando los resultados en media y desviación estándar para el análisis y estableciendo una variable categorizada para expresar su clasificación. La fiabilidad interna de cada escala y subescala se calculó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Se consideraron valores de .60 a .70 como satisfactorios y superiores a .70 como ideal. La correlación entre los resultados de ansiedad y resiliencia se realizó mediante el estadístico Rho de Spearman. Los efectos de $p \leq 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. El análisis estadístico se realizó con el software estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 25. (53, 54)

1.7 Control de sesgos

Para realizar el control de sesgos derivados del tipo de muestreo de este proyecto se realizaron las estimaciones brutas y ajustadas de los posibles factores de confusión, considerando un factor de confusión cualquier cambio en al menos 10% en la magnitud de la diferencia entre las estimaciones ajustadas y brutas.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se llevó a cabo teniendo en cuenta los señalamientos descritos en la Resolución 8430 de 1993, que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y que aclara que las instituciones que realizan investigación en humanos deben tener un comité de ética médica en investigación. A su vez, determinamos el nivel de riesgo basados en la probabilidad de que los participantes de la investigación sufran algún daño como consecuencia del estudio. El presente estudio fue una investigación con riesgo mínimo, ya que no hubo una modificación intencional de las variables y tampoco hubo una modificación intencional en la conducta de los sujetos a investigar.

Se procedió a solicitar los avales éticos a la Universidad Antonio Nariño, y posteriormente se solicitó permiso mediante correo electrónico a la Asociación de Cuidados paliativos de Colombia (ASOCUPAC) y la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (ACCP) para contactar a los afiliados e invitarlos a participar de la investigación, y una vez se cumplieron estos requerimientos se procedió a firmar el consentimiento informado como lo establece la ley.

El principio de la autonomía se cumplió en la investigación al informar a los participantes del estudio, los objetivos de esta y permitir la libre participación en el mismo, previo diligenciamiento del consentimiento informado. De igual forma se garantizó el conocimiento de los resultados del estudio, su confidencialidad y la libre decisión de retirarse cuando el participante así lo disponga. El principio de beneficencia y no maleficencia se aplicó como hacer el bien y evitar el mal; en este caso se pretendió promover en los participantes su bienestar, por medio del seguimiento, el cuidado; y minimizando riesgos a través de: adopción de una actitud favorable con una buena relación investigador-participante, dedicando el tiempo necesario de acuerdo con las situaciones presentadas, anteponiendo los intereses de las personas participantes y estableciendo las rutas de atención en caso de identificación de riesgo.

El principio de privacidad hace referencia al derecho de las instituciones y de los sujetos de no mencionar su nombre y de mantener y utilizar los registros sólo para el estudio. Los resultados relacionados con síntomas de ansiedad de los participantes fueron protegidos

bajo el principio de confidencialidad y formaron parte exclusivamente del análisis para el cumplimiento de los objetivos de investigación y de acuerdo con el interés personal de los participantes del estudio y su aprobación, utilizados dentro un parámetro general y no particular de reflexión, para fomentar el bienestar general de la comunidad. La confidencialidad se garantiza mediante el uso restringido de la información recolectada y mediante el acceso exclusivo por parte de los participantes, investigadores y personas autorizadas por las instituciones. Para cumplir con este principio, la metodología utilizada consistió en asignar un número de identificación a cada participante, de acuerdo con la captación de la población de estudio. La asignación de los números de identificación fue de conocimiento sólo del investigador principal. Los instrumentos fueron aplicados previo consentimiento firmado de los participantes.

Si se hubiesen identificado participantes con altos niveles de ansiedad, respetando los principios bioéticos de confidencialidad y secreto médico, se hubiese notificado personalmente por medio de llamada telefónica recomendando la atención oportuna a salud mental, dependiente del grado de ansiedad con psicología y/o psiquiatría. Si el sujeto hubiese estado en crisis se contempló intervenir a través de telemedicina y se activará ruta de derivación a urgencias para manejo presencial en su ciudad, en nuestra investigación no fueron necesarias estas intervenciones.

8. RESULTADOS

42 paliativistas, 16 mujeres y 26 hombres participaron en el estudio. La media de edad fue de 40.6 con un mínimo de 24 y máximo de 66 años. En su mayoría pertenecientes a estratos medio (33.3%) y medio alto (42.9%). El 78,6% de los participantes prestan sus servicios sanitarios en modalidad presencial, en los ámbitos hospitalario y ambulatorio (71.4%) y atienden población adulta o adulta mayor en el 97.6% de los casos. Veinte y cuatro paliativistas (57.1%) trabajan en más de una entidad prestadora de servicios de cuidados paliativos con una media de 48 horas semanales.

El 61.9% de los paliativistas son casados o viven en unión libre, mientras que el 38.1% son solteros. El 50% tienen hijos en su mayor parte entre rangos de edades comprendidas entre 1 a 10 años (35.7%). Seis paliativistas reportaron antecedentes familiares (depresión, Alzheimer, ansiedad y trastorno bipolar).

Niveles de Ansiedad en Paliativistas Colombianos

El 100% de los paliativistas participantes del estudio mostraron síntomas de trastornos ansiosos; principalmente ansiedad leve y moderada relacionado con síntomas psicológicos como pánico, sensación de derrumbamiento y menor sensación de bienestar. De los ítems que conforman la escala, los que presentaron la mayor correlación con el puntaje final relacionado con síntomas físicos fueron indigestión, temblores, palpitaciones, parestesias, pánico y bochornos; por su parte, los de menor correlación fueron sensación de desmayo y alteraciones en la respiración (Tablas 1 y 2). La consistencia interna de la puntuación total de la escala de ansiedad mostró valores ideales.

Tabla 1. Niveles de ansiedad paliativistas colombianos

	n(%)	Media/DE	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Ansiedad Leve	25 (59.5)	52.48 ± 3.64	46	59	.844
Ansiedad Moderada	14 (33.3)	65.50 ± 2.65	60	69	
Ansiedad Grave	3 (7.1)	71.33 ± 1.52	70	73	
Puntaje Global	-	58.17 ± 7.79	46	73	

Fuente: Datos del Estudio

Tabla 2. Síntomas de trastornos ansiosos

	Nunca	A veces	Muchas veces	Siempre	Correlación*
	n(%)				
Síntomas Psicológicos					
Nerviosismo	6 (14.3)	29 (69.0)	7 (16.7)	0	.564
Temor	2 (4.8)	31 (73.8)	9 (21.4)	0	.590
Pánico	10 (23.8)	22 (52.4)	10 (23.8)	0	.637
Ha sentido que se ha derrumbado	14 (33.3)	14 (33.3)	14 (33.3)	0	.647
Bienestar	0	0	11 (26.2)	31 (73.8)	-.562
Síntomas Físicos					
Temblores	8 (19.0)	23 (54.8)	11 (26.2)	0	.731
Dolores	5 (11.9)	26 (61.9)	11 (26.2)	0	.506
Debilidad-Cansancio	11 (26.2)	24 (57.1)	7 (16.7)	0	.542
Tranquilidad	0	0	6 (14.3)	36 (85.7)	-.162
Taquicardia	14 (33.3)	20 (47.6)	8 (19.0)	0	.693
Mareo	12 (28.6)	22 (52.4)	7 (16.7)	0	.591
Desmayo	9 (21.4)	26 (61.9)	7 (16.7)	0	.443
Respiración normal	0	0	7 (16.7)	35 (83.3)	.385
Parestesia	8 (19.0)	27 (64.3)	7 (16.7)	0	.678
Indigestión	7 (16.7)	23 (54.8)	11 (26.2)	1 (2.4)	.790
Poliuria	6 (14.3)	18 (44.9)	17 (40.5)	1 (2.4)	.604
Manos secas	13 (31.0)	29 (69.0)	0	0	.552
Bochornos	14 (33.3)	17 (40.5)	11 (26.2)	0	.672
Descanso	6 (14.3)	36 (85.7)	0	0	-.366
Pesadillas	9 (21.4)	23 (54.8)	10 (23.8)	0	.631

* Correlación con Puntaje Global

Niveles de Resiliencia de Paliativistas Colombianos

42.9% de los paliativistas participantes del estudio presentaron niveles altos de resiliencia; 28.6 % niveles medios e igual proporción de niveles bajos. Resultados positivos mostraron mayor correlación con la percepción de confianza y creencia en sí mismo, sentirse orgulloso con los logros alcanzados y hallar significado de la vida. No lamentarse de las cosas, preguntarse sobre la finalidad de las cosas, tener energía suficiente, y no encontrar soluciones en situaciones difíciles se relacionaron con menores niveles de resiliencia. La consistencia interna de la puntuación total de la escala de resiliencia mostró valores ideales (Tablas 3 y 4).

Tabla 3. Niveles de Resiliencia

	n(%)	Media/DE	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
Niveles altos de Resiliencia	18 (42.9)	156.89 ± 6.01	148	171	.969
Niveles medios de Resiliencia	12 (28.6)	137.17 ± 6.88	123	146	
Niveles bajos de resiliencia	12 (28.6)	82.25 ± 23.6	46	114	
Puntaje Global	-	129.93 ± 34.32	46	171	
Competencia Personal	-	93.86 ± 25.90	31	125	
Aceptación de uno mismo y de la vida	-	41.83 ± 10.55	15	53	

Fuente: Datos del Estudio

Tabla 4. Relación de Ítems por cada factor de la Escala de Resiliencia

Factor	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni en acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Correlación*
Satisfacción Personal						
ITEM 16	2 (4.8)	7 (16.7)	6 (14.3)	12 (28.6)	15 (35.7)	.810
ITEM 21	2 (4.8)	3 (7.1)	4 (9.5)	13 (31.0)	20 (47.6)	.901
ITEM 22	0	7 (16.7)	16 (38.1)	14 (33.3)	5 (11.9)	.122
ITEM 25	0	2 (4.8)	11 (26.2)	17 (40.5)	12 (28.6)	.535
Ecuanimidad						
ITEM 7	1 (2.4)	6 (14.3)	11 (26.2)	15 (35.7)	9 (21.4)	.720
ITEM 8	3 (7.1)	2 (4.8)	7 (16.7)	17 (40.5)	13 (31.0)	.887
ITEM 11	4 (9.5)	6 (14.3)	16 (38.1)	12 (28.6)	4 (9.5)	.337
ITEM 12	3 (7.1)	7 (16.7)	7 (16.7)	16 (38.1)	9 (21.4)	.855
Sentirse bien solo						
ITEM 5	2 (4.8)	6 (14.3)	7 (16.7)	15 (35.7)	12 (28.6)	.748
ITEM 3	1 (2.4)	5 (11.9)	8 (19.0)	19 (45.2)	8 (19.0)	.606
ITEM 19	3 (7.1)	3 (7.1)	6 (14.3)	19 (45.2)	11 (26.2)	.821
Confianza en si mismo						
ITEM 6	2 (4.8)	3 (7.1)	6 (14.3)	13 (31.0)	18 (42.9)	.955
ITEM 9	3 (7.1)	6 (14.3)	3 (7.1)	20 (47.6)	9 (21.4)	.893
ITEM 10	3 (7.1)	4 (9.5)	7 (16.7)	18 (42.9)	10 (23.8)	.842
ITEM 13	2 (4.8)	3 (7.1)	9 (21.4)	15 (35.7)	13 (31.0)	.830
ITEM 17	2 (4.8)	5 (11.9)	5 (11.9)	19 (45.2)	11 (26.2)	.916
ITEM 18	2 (4.8)	3 (7.1)	7 (16.7)	12 (28.6)	18 (42.9)	.925
ITEM 24	0	5 (11.9)	7 (16.7)	21 (50.0)	9 (21.4)	.322
Perseverancia						
ITEM 1	1 (2.4)	4 (9.5)	4 (9.5)	22 (52.4)	11 (26.2)	.827
ITEM 2	4 (9.5)	4 (9.5)	5 (11.9)	17 (40.5)	12 (28.6)	.852
ITEM 4	2 (4.8)	5 (11.9)	7 (16.7)	18 (42.9)	10 (23.8)	.814
ITEM 14	2 (4.8)	3 (7.1)	8 (19.0)	17 (40.5)	12 (28.6)	.837
ITEM 15	2 (4.8)	5 (11.9)	8 (19.0)	15 (35.7)	12 (28.6)	.882
ITEM 20	4 (9.5)	8 (19.0)	8 (19.0)	13 (31.0)	9 (21.4)	.613
ITEM 23	0	5 (11.9)	11 (26.2)	16 (38.1)	9 (21.4)	.302

* Correlación con Puntaje Global

Características sociodemográficas, Ansiedad y Resiliencia en Paliativistas Colombianos

Las características sociodemográficas arrojaron diferencias estadísticamente significativas en la escala de ansiedad entre paliativistas con y sin hijos. Adicionalmente entre aquellos con cumplimiento de hora semanales menores o mayores de 48 horas, días de vacaciones y de acuerdo con el grupo etario de atención. Tres personas manifestaron síntomas de ansiedad grave. Entre estos, todos tenían hijos, atendían en modalidad mixtas y vacaciones de más de 15 días. Ninguno manifestó antecedentes familiares de trastornos mentales. (Tabla 5)

En cuanto a resiliencia los resultados no mostraron diferencias estadísticamente significativas con relación a las características sociodemográficas de la población de estudio. Sin embargo, se logró identificar mayores niveles de resiliencia en paliativistas de sexo masculino, casados, con hijos, y en aquellos que atienden personas en cuidado paliativo de todos los rangos de edad en ambientes mixtos (Ambulatorio y hospitalario) en un horario menor a las 48 horas semanales. Niveles más bajos de resiliencia fueron identificados en paliativistas con mayor número de instituciones de labor. (Tabla 6)

Tabla 5. Características sociodemográficas y Ansiedad

Características Demográficas	Ansiedad	Ansiedad	Ansiedad	p valor*
	Leve	Moderada	Grave	
n%				
Sexo				
Femenino	10 (62.5)	5 (31.3)	1 (6.3)	.951
Masculino	15 (57.7)	9 (34.6)	2 (7.7)	
Estrato socioeconómico				
Bajo	1 (100)	0	0	.856
Medio	1 (7.1)	6 (42.9)	1 (7.1)	
Medio-bajo	3 (60.0)	2 (40.0)	0	
Medio-alto	12 (66.7)	5 (27.8)	1 (5.6)	
Alto	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	
Estado Civil				
Casado	15 (71.4)	5 (23.8)	1 (4.8)	.143
Soltero	9 (56.3)	5 (31.3)	2 (12.5)	
Unión libre	1 (20.0)	4 (80.0)	0	
¿Tiene hijos?				
No	10 (47.6)	11 (52.4)	0	.014
Sí	15 (71.4)	3 (14.3)	3 (14.3)	
Ciclo vital de los hijos				
Infancia	7 (77.8)	1 (11.1)	1 (11.1)	.134
Primera infancia	3 (50.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	

Adolescencia	2 (66.7)	1 (33.3)	0	
Juventud	1 (100)	0	0	
Adulthood	2 (100)	0	0	
No tiene	10 (47.6)	11 (52.4)	0	
Antecedentes Familiares de enfermedad mental				
No	21 (58.3)	12 (33.3)	3 (8.3)	.756
Sí	4 (66.7)	2 (33.3)	0	
Modalidad de Atención				
Ambulatorio	3 (75.0)	1 (25.0)	0	
Hospitalario	6 (75.0)	2 (25.0)	0	.694
Mixto	16 (53.3)	11 (36.7)	3 (10.0)	
Grupo etareo que atiende				
Adultos	12 (80.0)	3 (20.0)	0	
Adultos mayores	0	1 (100)	0	
Adultos, Adultos mayores	5 (33.3)	9 (60.0)	1 (6.7)	<.001
Adultos, Adultos mayores, Pediátricos	8 (80.0)	1 (10.0)	1 (10.0)	
Pediátricos	0	0	1 (100)	
Cantidad de sitios en donde se desempeña				
1	12 (66.7)	6 (33.3)	0	
2	9 (64.3)	4 (28.6)	1 (7.1)	.199
3	4 (50.0)	3 (37.5)	1 (12.5)	
4	0	1 (50.0)	1 (50.0)	
Horas de trabajo semanales				
Hasta 48 horas semanales	18 (64.3)	8 (28.6)	2 (7.1)	.640
Más de 48 horas semanales	7 (50.0)	6 (42.9)	1 (7.1)	
Horas de consulta ambulatoria semanales				
Hasta 24 horas semanales	11 (55.0)	7 (35.0)	2 (10.0)	
De 25 a 48 horas semanales	7 (50.0)	7 (50.0)	0	0.050
Más de 48 horas	1 (50.0)	0	1 (50.0)	
No hace consulta ambulatoria	6 (100)	0	0	
Días de vacaciones/año				
Hasta 15 días año	17 (73.9)	6 (26.1)	0	.045
Más de 15 días año	8 (42.1)	8 (42.1)	3 (15.8)	

* Test exacto de Fischer

Tabla 6. Características sociodemográficas y Resiliencia

Características Demográficas	Niveles Bajos de Resiliencia	Niveles Medios de Resiliencia	Niveles Altos de Resiliencia	p valor*
	n%			
Sexo				
Femenino	3 (18.8)	5 (31.3)	8 (50.0)	.537
Masculino	9 (34.6)	7 (26.9)	10 (38.5)	
Estrato socioeconómico				

Bajo	0	1 (100)	0	
Medio	2 (14.3)	6 (42.9)	6 (42.9)	
Medio-bajo	1 (20.0)	0	4 (80.0)	.293
Medio-alto	7 (38.9)	4 (22.4)	7 (38.9)	
Alto	2 (50.0)	1 (25.0)	1 (25.0)	
Estado Civil				
Casado	6 (28.6)	6 (28.6)	9 (42.9)	
Soltero	5 (31.3)	4 (25.0)	7 (43.8)	.975
Unión libre	1 (20.0)	2 (40.0)	2 (40.0)	
¿ Tiene hijos?				
No	5 (23.8)	8 (38.1)	8 (38.1)	
Sí	7 (33.3)	4 (19.0)	10 (47.6)	.389
Ciclo vital de los hijos				
Infancia	1 (11.1)	3 (33.3)	5 (55.6)	
Primera infancia	2 (33.3)	1 (16.7)	3 (50.0)	
Adolescencia	2 (66.7)	0	1 (33.3)	.571
Juventud	1 (100)	0	0	
Adulthood	1 (50.0)	0	1 (50.0)	
No tiene	5 (23.8)	8 (38.1)	8 (38.1)	
Antecedentes Familiares de enfermedad mental				
No	11 (30.6)	10 (27.8)	15 (41.7)	
Sí	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)	.784
Modalidad de Atención				
Ambulatorio	0	1 (25.0)	3 (75.0)	
Hospitalario	3 (37.5)	2 (25.0)	3 (37.5)	.638
Mixto	9 (30.0)	9 (30.0)	12 (40.0)	
Grupo etareo que atiende				
Adultos	4 (25.0)	4 (25.0)	7 (31.3)	
Adultos mayores	0	1 (100)	0	
Adultos, Adultos mayores	6 (36.8)	5 (31.6)	4 (31.6)	.265
Adultos, Adultos mayores, Pediátricos	1 (63.6)	2 (18.2)	7 (18.2)	
Pediátricos	1 (100)	0	0	
Cantidad de sitios en donde se desempeña				
1	5 (27.8)	4 (22.2)	9 (50.0)	
2	3 (21.4)	5 (35.7)	6 (42.9)	
3	3 (37.6)	3 (37.6)	2 (25.0)	.818
4	1 (50.0)	0	1 (50.0)	
Horas de trabajo semanales				
Hasta 48 horas semanales	8 (28.6)	7 (25.0)	13 (46.4)	
Más de 48 horas semanales	4 (28.6)	5 (35.7)	5 (35.7)	.732
Horas de consulta ambulatoria semanales				
Hasta 24 horas semanales	5 (25.0)	5 (25.0)	10 (50.0)	
De 25 a 48 horas semanales	6 (42.9)	4 (28.6)	4 (28.6)	.452
Más de 48 horas	1 (50.0)	0	1 (50.0)	
No hace consulta ambulatoria	0	3 (50.0)	3 (50.0)	
Días de vacaciones/año				
Hasta 15 días año	6 (26.1)	6 (26.1)	11 (47.8)	
Más de 15 días año	6 (31.6)	6 (31.6)	7 (36.8)	.774

* Test exacto de Fisher

Correlación entre Ansiedad y Resiliencia en paliativistas colombianos

El análisis de correlación entre los resultados de las medidas resumen de ansiedad y resiliencia arrojaron una correlación significativa, negativa, moderadamente débil en todos los factores que conforman las escalas a excepción del factor competencia personal de la escala de resiliencia con síntomas psicológicos de ansiedad. Tabla 7

Tabla 7. Correlación entre Ansiedad y Resiliencia

Resiliencia Ansiedad	Competencia Personal		Aceptación de uno mismo y de la vida		Resiliencia Global	
	Coeficiente de correlación*/p valor					
Síntomas Psicológicos	-.265	.090	-.322	.038	-.309	.046
Síntomas Físicos	-.389	.011	-.335	.030	-.372	.015
Total, Ansiedad	-.385	.012	-.346	.025	-.377	.014

*Rho de Spearman

9. DISCUSIÓN

Los profesionales en cuidados paliativos están en exposición continua a una amplia carga emocional y existencial (55). Se ha descrito ampliamente que estos factores aumentan el riesgo de deterioro emocional el cual puede incluir ansiedad, depresión, ideación suicida, abuso de sustancias y la disminución de la calidad de la atención al paciente (56). Médicos generales tienen mayor riesgo de suicidio que población general, y según nuestros resultados los paliativistas tienen una exposición y riesgo aumentado respecto a la población de médicos generales.

A diferencia de otros estudios, en nuestra población la tasa de prevalencia de ansiedad pareció ser menor en las paliativistas mujeres y no fue estadísticamente significativa, para lo cual la brecha de género para la expresión de los síntomas de ansiedad no fue cierta entre los paliativistas evaluados (57).

El 100% de los paliativistas encuestados manifestó presentar síntomas de ansiedad y el 39% de ellos mostraron tener ansiedad moderada a grave, lo cual muestra resultados mucho más altos comparado con estudios colombianos donde un tercio presentaba estrés moderado

y 75% síntomas ansiosos en médicos generales o estudios mexicanos durante la pandemia que, aunque mostraron considerable manifestación de depresión (47%) la prevalencia de ansiedad fue de menos del 20% (57, 58). Creemos que la carga emocional y laboral propia de los médicos paliativistas pueden explicar estas cifras. Además, estos datos son particularmente alarmante dado que los médicos ya tienen un mayor riesgo de suicidio en comparación con la población general y la población evaluada parece tener un riesgo aún mayor que la de médicos generales. Esta prevalencia de ansiedad puede precipitarse en situaciones donde no se alcanzan objetivos, hay mayor exposición a muerte de pacientes y privación del sueño.

La prevalencia de ansiedad en los paliativistas que atendían población pediátrica fue la más alta. Estos resultados se relacionan con otros estudios que informan en especialidades ginecobstétricas y pediátricas más carga de ansiedad y depresión en comparación con el resto de las especialidades médicas, por lo cual consideramos que esta población requiere mayor vigilancia.

La ansiedad puede causar una variedad de síntomas como trastornos del sueño, fatiga, reducción del apetito e incluso conducir al suicidio. Nuestros hallazgos de médicos que informaron altos niveles de ansiedad están en línea con un estudio reciente sobre los niveles de burnout y ansiedad en profesionales del área de la salud en la ciudad de Santa Marta, Colombia, y con los informes nacionales de prevalencia de patologías mentales del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (55)

Investigamos el papel de la resiliencia y su asociación con la ansiedad de los médicos paliativistas en Colombia. Comprender estos factores tiene un valor importante para la planificación de intervenciones y la generación de futuras investigaciones que tienen como objetivo reducir la ansiedad de los paliativistas.

La resiliencia es el estado y funcionalidad positiva a pesar de estar en adversidad y riesgo que implica la confrontación de esfuerzos y la recuperación del tono emocional y funcional después de haber pasado por entornos traumáticos o dañinos (59). Encontramos mayores niveles de resiliencia en paliativistas de sexo femenino, con hijos, y en aquellos que atienden personas en cuidado paliativo de todos los rangos de edad en ambientes mixtos (Ambulatorio y hospitalario) en un horario menor a las 48 horas semanales. Adicionalmente,

niveles más bajos de resiliencia fueron identificados en paliativistas con mayor número de sitios en los cuales se desempeñan.

Al respecto, consideramos pertinente promoverse acciones tempranas y específicas como terapia psicológica, psicoeducación y manejo de primeros auxilios psicológicos. Se han recomendado intervenciones virtuales como líneas de chat, clínicas virtuales, psicoterapia a distancia.

Respecto a los hallazgos de correlación entre ansiedad y resiliencia, encontramos que para nuestra población existe una correlación significativa, negativa y moderadamente débil; lo que indicaría que los médicos con menor resiliencia tienen mayor riesgo de desarrollar ansiedad que otros, lo cual se relaciona con los hallazgos descritos en otros estudios (60, 61)

Pese a que puntajes más altos de resiliencia parecen coincidir con puntajes más bajos en ansiedad, encontramos muchas excepciones. Estos resultados coinciden con los encontrados en otros estudios, donde el puntaje de resiliencia medio más alto tuvo la tasa de agotamiento más alta (50, 62). Adicionalmente, aunque nuestros hallazgos demostraron niveles menores de ansiedad entre los paliativistas que laboran más de 48h y en más de 2 sitios diferentes, éste puede ser paradójico, ya que el trabajar en más de un sitio y laborar más podría permitir mayores ingresos y menor tiempo para el autocuestionamiento.

De acuerdo con nuestros resultados y los informados en la literatura, (62), creemos que la precisión y asertividad con la que los médicos valoran y expresan sus emociones es un tema poco abordado en la práctica clínica y en la educación médica que lleva a la infravaloración del estado anímico. La inteligencia emocional es la capacidad de controlar y comprender las emociones propias y de los demás, así como dirigir acciones para guiarlas. Se considera que una persona es inteligente emocionalmente cuando evalúa las emociones propias, las emociones de otras personas, cuando genera acciones que provocan la regulación de las emociones y cuando esa regulación facilita el rendimiento (63).

Varias limitaciones en nuestro estudio merecen mencionarse: el estudio se realizó con un número limitado de paliativistas, y baja intención de respuestas del formulario. El diseño transversal limita la capacidad de evaluar la asociación entre las variables de interés. (64) El reducido universo de nuestro estudio, plantea la necesidad de incluir en futuras investigaciones otras áreas de especialidad cercanas a la atención paliativa como

anestesiólogos, algesiólogos, psiquiatras, oncólogos, médicos generales de servicios de cuidado paliativo o enfermeras jefes en estos servicios. (65)

10. CONCLUSIONES

La ansiedad es un trastorno frecuente en nuestro medio y nuestros hallazgos así lo demuestran. La asociación inversa entre ansiedad y resiliencia ha sido ampliamente descrita en la literatura y, aunque no estadísticamente significativa, nuestros resultados también reflejan esa misma asociación.

La ansiedad en médicos paliativistas fue mayor que la reportada en médicos generales y mayor que la población general; deben realizarse más investigaciones que amplíen estos resultados y promover la intervención temprana para el manejo de la ansiedad y el fortalecimiento de la inteligencia emocional e incluir procesos de entrenamiento en este ámbito. Además, es imperativo fortalecer la salud mental a partir del diagnóstico temprano y el tratamiento clínico oportuno, partiendo de estrategias de prevención y educación para la correcta autoevaluación.

11. RECOMENDACIONES

Promover el comportamiento de búsqueda de ayuda entre los médicos paliativistas, ofrecer un acompañamiento psicoterapéutico de rutina para tamizaje y manejo de síntomas de ansiedad y generar medidas que reduzcan el agotamiento de los médicos es perentorio en la población de estudio.

Se requiere desarrollar más estudios que amplíen los resultados para entender la asociación de ansiedad con otras enfermedades como depresión.

12. REFERENCIAS

1. Zanatta F, Maffoni M, Giardini A. Resilience in palliative healthcare professionals: a systematic review. *Support Care Cancer*. 2020;28(3):971-978. doi:10.1007/s00520-019-05194-1
2. Beschoner, P., Limbrecht-Ecklundt, K. & Jerg-Bretzke, L. Psychische Gesundheit von Ärzten. *Nervenarzt* 90, 961–974 (2019). <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0739-x>

3. Keeton K, Fenner DE, Johnson TR, Hayward RA. Predictores de la satisfacción profesional del médico, el equilibrio entre el trabajo y la vida y el agotamiento. *Obstet Gynecol.* 2007; 109 :949–955
4. Fletcher, D. , & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. 10.1027/1016-9040/a000124
5. World Health Organization. Mental health: strengthening our response [Internet]. 2018. Available from: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental. 2018 p. 38.
7. Baxter AJ, Vos T, Scott KM, Ferrari AJ, Whiteford HA. The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychol Med.* 2014;44(11):2363-2374. doi:10.1017/S0033291713003243
8. Lim LF, Solmi M, Cortese S. Association between anxiety and hypertension in adults: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021;131:96-119. doi:10.1016/j.neubiorev.2021.08.031
9. Schrijver I. Pathology in the Medical Profession?: Taking the Pulse of Physician Wellness and Burnout. *Arch Pathol Lab Med.* 2016;140(9):976-982. doi:10.5858/arpa.2015-0524-RA
10. Oexle N, Waldmann T, Staiger T, Xu Z, Rüschi N. Mental illness stigma and suicidality: the role of public and individual stigma. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27(2):169-175. doi:10.1017/S2045796016000949
11. Konnopka A, König H. Economic Burden of Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pharmacoeconomics.* 2020;38(1):25-37. doi:10.1007/s40273-019-00849-7
12. Wang C, Grassau P, Lawlor PG, et al. Burnout and resilience among Canadian palliative care physicians. *BMC Palliat Care.* 2020;19(1):169. Published 2020 Nov 6. doi:10.1186/s12904-020-00677-z

13. Dreano-Hartz S, Rhondali W, Ledoux M, et al. Burnout among physicians in palliative care: impact of clinical settings. *Palliat Support Care*. 2016;14:402–102015/10/16. <https://doi.org/10.1017/s1478951515000991>.
14. Dunwoodie DA, Auret K. Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Intern Med J*. 2007;37:693–82007/05/23. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2007.01384.x>.
15. Koh MY, Chong PH, Neo PS, et al. Burnout, psychological morbidity and use of coping mechanisms among palliative care practitioners: a multi-Centre cross-sectional study. *Palliat Med*. 2015;29:633–422015/04/02. <https://doi.org/10.1177/0269216315575850>.
16. Arcas-Guijarro S, Cano-Vindel A. Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información. /Cognitive processes in Generalized Anxiety Disorder by following the information processing paradigm. *Psicol [Online] [Internet]*. 1999;3(May):145 párrafos. Available: <http://www.psiquiatria.co>. Available from: <http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/psicologiacom/article/view/639/614/>
17. Maffoni M, Argentero P, Giorgi I, Hynes J, Giardini A. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2019;9(3):245-254. doi:10.1136/bmjspcare-2018-001674
18. Baldwin PJ, Dodd M, Wrate RW. Young doctors' health -- I. How do working conditions affect attitudes, health and performance? *Soc Sci Med*. 1997;45(1):35–40
19. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014;12(6):573-576. doi:10.1370/afm.1713
20. Observatorio Demográfico de América Latina. Observatorio Demográfico de América Latina 2016: Proyecciones de Población. 2016; Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Observatorio Demográfico, Santiago:(LC/PUB.2017/3-P), Santiago, 2016. <http://www.cepal.org/es/publicaciones/41018-observatorio-demografico-america-latina-2017-proyecciones-poblacion-demographic>
21. Calvache JA, Gil F, de Vries E. How many people need palliative care for cancer and non-cancer diseases in a middle-income country? Analysis of mortality data. *Rev*.

- colomb. anestesiología. 2020, vol.48, n.4, e201. Epub Nov 20, 2020. ISSN 0120-3347. <https://doi.org/10.1097/cj9.0000000000000159>.
22. Sánchez-Cárdenas M, editor. Estado actual de los cuidados paliativos en Colombia. Reporte técnico 2019. Observatorio colombiano de cuidados paliativos. Bogotá, Colombia.
 23. Rutter M. Resilience in the face of adversity. *Wool Rec.* 2001;160(3686):31
 24. Labrague LJ, De Los Santos JAA. COVID-19 anxiety among front-line nurses: Predictive role of organisational support, personal resilience and social support. *J Nurs Manag.* 2020;28(7):1653-1661. doi:10.1111/jonm.13121
 25. Awano N, Oyama N, Akiyama K, et al. Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Intern Med.* 2020;59(21):2693-2699. doi:10.2169/internalmedicine.5694-20
 26. López, Marcelino, Laviana, Margarita, Fernández, Luis, López, Andrés, Rodríguez, Ana María, & Aparicio, Almudena. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83. Recuperado en 08 de diciembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004&lng=es&tlng=es.)
 27. Busso, C. & León-Sanz, P. (2016b). INVESTIGACIÓN CON PACIENTES EN CUIDADOS PALIATIVOS: DILEMAS ÉTICOS Y PERCEPCIÓN PÚBLICA SOBRE SU VULNERABILIDAD. ESTUDIO EXPLORATORIO. *Persona y Bioética*, 20(2), 132-150. <https://doi.org/10.5294/pebi.2016.20.2.2> Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3:CD011565.
 28. Bailey E, Robinson J, McGorry P: Depression and suicide among medical practitioners in Australia. *Intern Med J.* 2018;48:254–8. doi: 10.1111/imj.13717
 29. Yrondi A, Sporer M, Schmitt L, Arbus C. Major depressive disorder: An organic disorder! Elsevier. 2018.

30. MPS News. Survey reveals over 40% of doctors feel burnt out 17 October 2018 [Accessed 20 November 2022]. Available at: https://www.medicalprotection.org/southafrica/for-members/news-centre/news/2018/10/17/during-mental-health-awareness-month-medical-protection-survey-reveals-over-40-of-doctors-feel-burnt-out?utm_unique=&utm_campaign=2239266_RSA%20MED%20Casebook%20Connect%20November%202018%20LS&utm_medium=email&utm_source=MPS&dm_i=2FC5,1BZTU,46YDKP,4C965
31. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K, Hayden JA, Stewart SH. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3:CD011565.
32. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav.* 2016;6(7):e00497.
33. Batelaan NM, Seldenrijk A, Bot M, van Balkom AJLM, Penninx BWJH. Anxiety and new onset of cardiovascular disease: critical review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2016;208(3):223-231. Critically highlights the prevalence of elevated health risks in people with anxiety disorders
34. Acinas P. Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos burn-out. *Rev Digit Med Psicossomática y Psicoter* [Internet]. 2012;2(4):1–21. Available from: http://www.psicociencias.com/pdf_noticias/Burnout_en_cuidados_paliativos.pdf
35. DSM-5. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-IV. Vol. 9, Asociación Americana de Psiquiatría DSM. 2014. 636 p.
36. Jones L V., Thissen D. 1 A History and Overview of Psychometrics. *Handb Stat.* 2006;26(06):1–27
37. Draper EJ, Hillen MA, Moors M, Ket JCF, van Laarhoven HWM, Henselmans I. Relationship between physicians' death anxiety and medical communication and decision-making: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2019 Feb;102(2):266–74
38. Rutter M. Resilience in the face of adversity. *Wool Rec.* 2001;160(3686):31

39. From Burnout to Well-Being: A Focus on Resilience.” Clinics in colon and rectal surgery vol. 32,6 (2019): 415-423. doi:10.1055/s-0039-1692710
40. Tafet G. Psiconeurobiología de la resiliencia. Acta Psiquiát Psicol Am Lat. 2008;54(2):11.
41. Epstein, R. M., & Krasner, M. S. (2013). Physician resilience: what it means, why it matters, and how to promote it. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 88(3), 301–303. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318280cff0>
42. Rashid, Fahmida et al. “Burnout syndrome among frontline doctors of secondary and tertiary care hospitals of Bangladesh during COVID-19 pandemic.” PloS one vol. 17,11 e0277875. 22 Nov. 2022, doi:10.1371/journal.pone.0277875
43. Werner E.E., Smith R.S. Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood. Cornell University Press; Ithaca, NY, USA: 1992
44. Richardson G.E., Waite P.J. Mental health promotion through resilience and resiliency education. Int. J. Emerg. Ment. Health. 2002;4:65–75
45. Jakovljevic M. Resilience, psychiatry and religion from public and global mental health perspective dialogue and cooperation in the search for humanistic self, compassionate society and empathic civilization. Psychiatr Danub. 2017;29(3):238–44
46. Babi R, Babi M, Rastovi P, Šimi J, Mandi K, Pavlovi YK. RESILIENCIA EN SALUD Y ENFERMEDAD. 2020;32:226–32
47. Borovecki F, Jakovljevic M. Epigenetics, resilience, comorbidity and treatment outcome. Psychiatr Danub. 2018;30(3):242–53
48. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol. 2017;35(1):227–32
49. William W. K. Zung. Escala de Ansiedad de Zung. 1971
50. De La Ossa S, Martinez Y, Herazo E, Campo A. Study of internal consistency and factor structure of three versions of the Zung’s rating instrument for anxiety disorders. Colomb Med. 2009;40(1):71–84
51. Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. Journal of nursing measurement, 1(2), 165–178.

52. Cleary, M. , Kornhaber, R. , Thapa, D. K. , West, S. , & Visentin, D. (2018). The effectiveness of interventions to improve resilience among health professionals: A systematic review. *Nurse Education Today*, 71, 247–263. [10.1016/j.nedt.2018.10.002](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.10.002)
53. Campo-Arias A, Blanco-Ortega JD, Pedrozo-Pupo JC. Brief Spanish Zung Self-Rating Anxiety Scale: Dimensionality, Internal Consistency, Nomological Validity, and Differential Item Functioning Among Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients in Colombia. *J Nurs Meas*. 2021 Sep
54. Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: An introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99–103. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA8001_18
- Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach’s alpha when developing and reporting research Instruments in Science Education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>
55. Bresó-Esteves, E., Pedraza-Álvarez, L., & Pérez-Correa, K. (2019). Síndrome de burnout y ansiedad en médicos de la ciudad de Santa Marta. *Duazary*, 16(2), 259–269. <https://doi.org/10.21676/2389783X.2958>
56. West CP, Dyrbye LN, Sinsky C, et al. Resilience and Burnout Among Physicians and the General US Working Population. *JAMA Netw Open*. 2020;3(7):e209385. Published 2020 Jul 1. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.9385
57. Martínez-García, J. A., Aguirre-Barbosa, M., Mancilla-Hernández, E., Hernández-Morales, M. del R., Guerrero-Cabrera, M. B., & Schiaffini-Salgado, L. G. (2022). Prevalencia de depresión, ansiedad y factores asociados en médicos residentes de centros hospitalarios durante la pandemia de COVID-19. *Revista Alergia México*, 69(1), 1-6. <https://doi.org/10.29262/ram.v69i1.903>
58. Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>
59. Fletcher, D. , & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12–23. [10.1027/1016-9040/a000124](https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124)

60. Hernández-Vargas, María Eloísa Dickinson-Bannack }. Importance of emotional intelligence in Medicine Clara Ivette Facultad de Medicina, Estudios de Posgrado en la Subdivisión de Medicina Familiar, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México
61. González A., Peñalver J., Bresó E.. La evaluación de la inteligencia emocional: ¿autoinformes o pruebas de habilidad?. Fórum de Recerca, (2011), pp. 699-712
62. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 18: 76-82, 2003
63. Awano N, Oyama N, Akiyama K, et al. Anxiety, Depression, and Resilience of Healthcare Workers in Japan During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak. *Intern Med.* 2020;59(21):2693-2699. doi:10.2169/internalmedicine.5694-20
64. Babić R, Babić M, Rastović P, et al. Resilience in Health and Illness. *Psychiatr Danub.* 2020;32(Suppl 2):226-232.
65. Yardeni, M. A. M. , Abebe-Campino, G. , Bursztyn, B. A. S. , Shamir, B. A. A. , Mekori-Domachevsky, E. , Toren, A. , & Gothelf, D. (2020). A three-tier process for screening depression and anxiety among children and adolescents with cancer. *Psycho-Oncology.* 10.1002/pon.5494

13. ANEXOS:
CONSENTIMIENTO INFORMADO DE APLICACIÓN DE PRUEBAS
PSICOMÉTRICAS

Estos cuestionarios hacen parte del trabajo de investigación titulado “Ansiedad y Resiliencia en Paliativistas Colombianos” para optar el título de Magister en Cuidados Paliativos. Se lleva a cabo con el objetivo de determinar la asociación entre la ansiedad y la resiliencia en los paliativistas colombianos.

Este trabajo cuenta con la autorización del comité de ética de la Universidad Antonio Nariño. La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, lo que significa que usted puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Los beneficios asociados a este estudio se relacionan con la producción de conocimiento para fortalecer e implementar estrategias de atención integral a los profesionales en cuidados paliativos del país, por lo tanto, es posible que usted no reciba un beneficio directo por su participación.

Si usted tiene creencias personales, ideológicas y religiosas que pueden estar en contra de los procedimientos que hacen parte de la presente investigación, como contestar preguntas sobre la conducta privada, hablar de sus emociones o situación de salud, por favor informe al investigador antes de firmar acuerdos para participar en la investigación.

Información sobre el estudio de investigación.

El propósito de este estudio es identificar en profesionales de cuidados paliativos, la presencia de ansiedad y establecer su relación con los niveles de resiliencia y los factores sociodemográficos asociados. Para lograr este propósito, es necesario que usted responda una serie de cuestionarios que permitirán determinar la presencia de estas condiciones y además aspectos relacionados sus características sociodemográficas; lo anterior permitirá establecer una visión más integral de la salud mental de los paliativistas y su capacidad de adaptación. Los resultados obtenidos de la calificación de dichas pruebas serán utilizados en las fases de análisis, discusión y conclusiones del estudio investigativo.

Para la aplicación de estos cuestionarios, las encuestas se aplicarán por medio de la plataforma Google Forms y se enviarán por correo electrónico o por medio impreso en caso de contactar personalmente con los paliativistas. La duración para diligenciar los cuatro formatos (consentimiento, datos sociodemográficos, escala de Zung y Resilience Scale) es entre 15 y 25 minutos de forma autoadministrada. Lo anterior permitirá mantener la confidencialidad de los datos consignados y la identidad de los participantes. Se garantiza su derecho a la intimidad, se manejará esta información a un nivel confidencial absoluto.

Se consideran riesgos mínimos relacionados con la participación del estudio. De acuerdo con la ley los participantes pueden retirar su consentimiento del estudio, cuando lo considere pertinente.

Por esta razón, le solicitamos su autorización para participar en este estudio, que consiste en responder a una serie de preguntas en los cuestionarios anexos. Antes de tomar cualquier decisión de participación, por favor, realice las preguntas necesarias para discutir todos los aspectos relacionados con este estudio a los entrevistadores.

Agradecemos desde ya su colaboración.

Yo _____ identificado con documento de identidad número _____ del municipio de _____, por voluntad propia, declaro que he sido informado e invitado a participar en una investigación denominada "Ansiedad y Resiliencia en Paliativistas colombianos" éste es un proyecto de investigación científica que cuenta con el respaldo de la Universidad Antonio Nariño. Entiendo que este estudio busca determinar la asociación entre la ansiedad y resiliencia en los paliativistas colombianos y sé que mi participación se llevará a cabo a través de correo electrónico y consistirá en responder cuestionarios psicológicos cuya duración es de alrededor de 15 minutos en total. Me han explicado que la información registrada es totalmente confidencial y que los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie, esto significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de resultados. Estoy en conocimiento que no habrá retribución por la participación en este estudio, sí que esta información podrá beneficiar de manera indirecta y por lo tanto tiene un beneficio para la sociedad dada la investigación que se está llevando a cabo. Así mismo, sé que puedo negar la participación o retirarme en cualquier etapa de la investigación, sin expresión de causa ni consecuencias para mí. Acepto voluntariamente participar en este estudio y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante:

C.C:

En caso de tener alguna pregunta, duda o inquietud durante cualquier etapa del estudio puede comunicarse con: Cristhian Velásquez Marín, al teléfono celular +573128714792

ESCALA DE ANSIEDAD DE ZUNG:

Tabla 8. Escala de ansiedad de Zung

Por favor marque la columna adecuada	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor				
3. Siento ganas de llorar o interrumpo el llanto				
4. Tengo problemas para dormir por la noche				
5. Como la misma cantidad de siempre				
6. Todavía disfruto el sexo				
7. He notado que estoy perdiendo el peso				
8. Tengo problemas de estreñimiento				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal				
10. Me canso sin razón alguna				
11. Mi mente está tan clara como siempre				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto				
14. Siento esperanza en el futuro				
15. Estoy más irritable de lo normal				
16. Me es fácil tomar decisiones				
17. Siento que soy útil y me necesitan				
18. Mi vida es bastante plena				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes				

ESCALA DE RESILIENCIA:

Tabla 9. Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

Ítems	En desacuerdo			De acuerdo	
	1	2	3	4	5
1. Cuando planeo algo lo realizo	1	2	3	4	5
2. Generalmente me las arreglo de una manera u otra	1	2	3	4	5
3. Dependo más de mí mismo que de otras personas	1	2	3	4	5
4. Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas	1	2	3	4	5
5. Puedo estar solo si tengo que hacerlo	1	2	3	4	5
6. Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida	1	2	3	4	5
7. Usualmente veo las cosas a largo plazo	1	2	3	4	5
8. Soy amigo de mí mismo	1	2	3	4	5
9. Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo	1	2	3	4	5
10. Soy decidido (a)	1	2	3	4	5
11. Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo	1	2	3	4	5
12. Tomo las cosas una por una	1	2	3	4	5
13. Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente	1	2	3	4	5
14. Tengo autodisciplina	1	2	3	4	5
15. Me mantengo interesado por las cosas	1	2	3	4	5
16. Por lo general encuentro algo de que reírme	1	2	3	4	5
17. El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles	1	2	3	4	5
18. En una emergencia soy una persona en la que se puede confiar	1	2	3	4	5
19. Generalmente puedo ver una situación de varias maneras	1	2	3	4	5
20. Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera	1	2	3	4	5
21. Mi vida tiene significado	1	2	3	4	5

AVAL DE COMITÉ DE BIOÉTICA



FACULTAD DE ENFERMERÍA COMITÉ DE BIOÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN-CBI

CONCEPTUA:

Que previa información aportada por Carlos Javier Avendaño, el Comité de Bioética para la Investigación (CBI) en sesión del 10 de junio de 2022, emite concepto de **APROBADO**, al proyecto **ANSIEDAD Y RESILENCIA EN PALIATIVISTAS COLOMBIANOS** presentados por segunda vez.

Se hace constar en el acta No. 036 de 2022.

El presente concepto se expide el 10 de junio de 2022.

Wimber Ortiz Martínez PhD
Presidente CBI

Mg Nataly Andrea Sanchez García
Secretaria CBI

3219121810



@UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO PERFIL OFICIAL



@UNANTONIO NARIÑO



@UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO OFICIAL



@ANTONIO NARIÑO



UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

www.uan.edu.co