

**DEPRESION, ANSIEDAD, DESGASTE PROFESIONAL EN MEDICOS Y
PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN
BOGOTÁ COLOMBIA, 2022**

INVESTIGADORES

Cindy Natalia Noguera Novoa
Yorcelis Tomasa Sarmiento Melendez

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Escuela de medicina y ciencias de la salud
UNIVERSIDAD CES
División de Salud Pública
Facultad de medicina

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA
BOGOTÁ D. C

NOVIEMBRE 2022

**DEPRESION, ANSIEDAD, DESGASTE PROFESIONAL EN MEDICOS Y
PERSONAL DE ENFERMERIA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD, DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN
BOGOTÁ COLOMBIA, 2022**

**Trabajo de investigación para optar al título de
MAGISTER EN EPIDEMIOLOGÍA**

Presentado por:

Cindy Natalia Noguera Novoa

Médico General, Universidad Antonio Nariño 2018

Yorcelis Tomasa Sarmiento Melendez

Médico General, Universidad del Sinú-seccional Cartagena 2016

Asesor Metodológico

Gloria María Sierra Hincapié GESIS

Especialista en Estadística y Magíster en Epidemiología

Asesor Temático

Jairo Mario González Díaz MD

Médico Psiquiatra Universidad del Rosario

Máster en Investigación en Salud Mental Universidad de Cadiz y

Estudiante doctoral en Medicina e Investigación Traslacional

Universidad de Barcelona

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Escuela de medicina y ciencias de la salud

UNIVERSIDAD CES

Facultad de medicina

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ D. C

NOVIEMBRE 2022



La Universidad del Rosario y la Universidad CES no se hacen responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.

TABLA DE CONTENIDO

FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	10
1. INTRODUCCIÓN.....	12
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
2.1. Planteamiento del problema.....	14
2.2. Justificación	16
2.3. Pregunta de investigación	16
3. MARCO TEÓRICO	17
3.1. Salud mental	17
3.2. Problemas y trastornos mentales.....	17
3.2.1. Depresión	18
3.2.2. Ansiedad	18
3.2.3. Desgaste profesional	19
3.3. Salud mental durante la pandemia por COVID-19.....	19
4. HIPÓTESIS	23
4.1. Hipótesis nula (H_0).....	23
4.2. Hipótesis alterna (H_A).....	23
5. OBJETIVOS	24
5.1. Objetivo general.....	24
5.2. Objetivos específicos	24
6. METODOLOGÍA.....	25
6.1. Enfoque Metodológico	25
6.2. Diseño del estudio.....	25
6.3. Población	25
6.4. Criterios de elegibilidad.....	25
6.4.1. Criterios de inclusión	25
6.4.2. Criterios de exclusión	26

6.5.	Diseño muestral	26
6.6.	Tamaño muestral mínimo	26
6.7.	Descripción de las variables	27
6.7.1.	Diagrama de variables	27
6.7.2.	Tabla de variables	27
6.8.	Técnica de recolección de la información	27
6.8.1.	Fuente de la información	27
6.8.2.	Instrumentos de recolección de la información	28
6.9.	Controles de errores y sesgos.....	31
6.10.	Técnica de procesamiento y análisis de la información.....	33
6.11.	Transformación de variables	36
7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	37
8.	RESULTADOS	39
8.1.	Características sociodemográficas.....	39
8.2.	Características clínicas.....	40
8.3.	Comportamientos variables de salud mental	42
8.4.	Análisis síntomas de miedo a covid-19	47
8.4.1.	Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de Miedo a Covid-19.....	47
8.5.	ANÁLISIS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN	49
8.5.1.	Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de depresión. 49	
8.5.2.	Variables que explican los Síntomas de Depresión en profesionales de la Salud .51	
8.6.	ANALISIS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD	53
8.6.1.	Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de ansiedad. 53	
8.6.2.	Variables que explican los Síntomas de Ansiedad en profesionales de la Salud... 55	
8.7.	ANALISIS SINTOMAS DE DESGASTE PROFESIONAL.....	56
8.7.1.	Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de desgaste profesional.....	56
8.7.2.	Variables que explican los Síntomas de desgaste profesional en profesionales de la salud. 59	

9.	DISCUSIÓN.....	61
10.	CONCLUSIONES.....	65
11.	BIBLIOGRAFIA.....	66
	ANEXOS.....	75
	MATRIZ DE CODIFICACIÓN DE VARIABLES.....	75
	Variables sociodemográficas.....	75
	Variables clínicas y salud mental.....	77
	Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9).....	80
	Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7).....	81
	Burnout screening inventory (BSI).....	82
	La Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S).....	84
	Aprobación comité de ética Universidad del Rosario.....	85

FICHA TÉCNICA INSTITUCIONAL

Nombre del proyecto	Depresión, ansiedad, desgaste profesional en médicos y personal de enfermería en una institución prestadora de servicios de salud, durante la pandemia por covid-19 en Bogotá Colombia, 2022
Grupo de investigación	Grupo de investigación de Salud Mental Universidad CES
Entidades universitarias	Universidad Colegio Mayor De Nuestra Señora Del Rosario Universidad CES
Línea de investigación	Epidemiología de los trastornos mentales - Grupos Poblacionales
Descriptores/palabras claves	COVID-19, Salud mental, Personal de la salud, Ansiedad, Depresión, Desgaste profesional.
Asesor del proyecto	Asesor Temático: Jairo Mario González Díaz Asesor Metodológico: Gloria María Sierra Hincapié.
Duración	2 años
Fecha esperada de inicio y terminación	Junio 2020 – noviembre 2022
Clasificación del área científica	Psiquiatría
Sector de aplicación	Medicina
Investigadores principales	Cindy Natalia Noguera Novoa, Yorcelis Tomasa Sarmiento Melendez

RESUMEN

Introducción: Con el advenimiento de la pandemia por COVID-19, surgieron diferentes acontecimientos a nivel mundial, nuevas maneras de vivir y de enfrentar lo que ahora es llamada la nueva normalidad, no siendo ajena la salud mental de la población, especialmente en personal de la salud, siendo aquellos quienes enfrenta como primera línea la atención y manejo de pacientes con COVID-19.

Objetivo: Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas, clínicas, consumo de tabaco y alcohol, miedo al covid-19 con la aparición de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y desgaste profesional en médicos y personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19, en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en Bogotá/Colombia, en 2022.

Metodología: Por medio de un estudio transversal analítico, aplicando los instrumentos GAD-7, PHQ- 9, BSI, Fear Covid Scale, además de un cuestionario estructurado de las variables sociodemográficas, clínicas, consumo de alcohol y tabaco para evaluar la asociación de estas variables la aparición de síntomas depresivos, ansiosos y desgaste profesional.

Resultados: Se incluyeron 597 personas, con una mediana de 34 años, rango intercuartílico (RIC) 28-41, 20% masculino y 80% femenino. La prevalencia de síntomas de depresión fue 12.4%, síntomas de ansiedad 22.3%, síntomas de desgaste profesional 2.8%. Los factores que explican la presencia de síntomas de depresión en mayor medida fueron: miedo al covid-19, consumo de tabaco, edad hasta 28 años, estrato socioeconómico medio. Para síntomas de ansiedad los factores asociados fueron: miedo al covid-19, edad hasta los 28 años, diagnóstico de otra enfermedad (diferente a hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y obesidad). Los síntomas de desgaste profesional se encontraron asociados con: nivel de ingresos mayor a 2 salarios mínimos, diagnóstico de otra enfermedad y trabajar más horas durante la pandemia.

Conclusiones: La pandemia por covid-19 origino múltiples desenlaces en la salud física y mental en el personal de salud, los datos demuestran que incluso dos años



después del inicio de la pandemia, aun se siguen observando síntomas de salud mental relacionados con COVID-19.

Palabra clave: Ansiedad, Depresión, Desgaste Profesional, COVID-19, Personal de la salud, Salud mental.

ABSTRACT

Introduction: With the advent of the COVID-19 pandemic, different events emerged at a global level, new ways of living and facing what is now called the new normal, not being foreign to the mental health of the population, especially among health personnel, being those who face as the first line the care and management of patients with COVID-19.

Objective: To determine the association between sociodemographic, clinical, and smoke and alcohol consumption, fear of COVID-19 variables with the appearance of symptoms related with depressive symptoms, anxiety, burnout in doctors and nursing staff during the COVID-19 pandemic, in a Health Services Provider Institution, in Bogotá/Colombia, in 2022.

Methodology: Through an analytical cross-sectional study, applying the instruments GAD-7, PHQ-9, BSI, Fear Covid Scale, in addition to a structured questionnaire of sociodemographic, clinical, alcohol and tobacco consumption variables to evaluate the association of these variables with the pandemic and the appearance of symptoms related to mental health such as depressive symptoms, anxiety, burnout.

Results: 597 people were included, median age was 34, interquartile range (IQR) 28-41, 20% males and 80% female. The prevalence of depression-related symptoms was 12.4%, 22.3% for anxiety, 2.8% for burnout syndrome, and fear of COVID-19 at 46.4%. Among the factors that explain the onset of depression, most of them were: fear of COVID-19, tobacco consumption, ages up to 28, and a working-class social economic level. For anxiety, most of the associated factors were: fear of COVID-19, ages up to 28, and diagnoses of other diseases (different to diseases like arterial hypertension, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease and obesity). For those with burnout, the main factors were: income above two minimum legal salaries, diagnoses of other diseases different to arterial hypertension, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease and obesity, and working overtime during the Pandemic.

Conclusions: The covid-19 pandemic caused multiple physical and mental health outcomes in health personnel, data shows that even two years after the beginning of the pandemic, mental health symptoms related to COVID-19 are still observed.

Keywords: Anxiety, Depression, Burnout syndrome, COVID-19, Health Personnel, Mental Health.

1. INTRODUCCIÓN

Para diciembre del 2019 la Organización Mundial de Salud (OMS) informó la ocurrencia de casos de infección respiratoria aguda grave causada por un nuevo coronavirus en Wuhan (China)(1), los primeros casos fueron identificados en personas que estuvieron en un mercado de pescado y animales silvestres en esta ciudad. Posteriormente el virus fue nombrado SARS-CoV-2 por el comité de taxonomía de virus y se designó COVID-19 para referirse a la enfermedad causada. El COVID-19 fue declarado pandemia por la OMS el 11 de marzo de 2020(2). En Colombia, el primer caso fue identificado en marzo 6 de ese mismo año(3). Para finales de abril de 2021 a nivel mundial se registraban más de 149 millones de infectados y aproximadamente 3 millones muertos a causa de covid-19(4).

La presentación clínica del COVID-19, puede ir desde una enfermedad asintomática hasta neumonía grave y compromiso multisistémico; dentro de los síntomas más frecuentes se encuentran: tos, fiebre, mialgias, cefalea, disnea, odinofagia, diarrea, náuseas, anosmia y disgeusia en menor proporción, el curso de la enfermedad se encuentra influenciada por varios factores como la edad, sexo, comorbilidades existentes, situación socioeconómica, genética del huésped, entre otros (5,9).

Esta patología afecta al ser humano no solo física sino también psicológicamente, a causa de esto la población mundial ha tenido que ajustar su estilo de vida, ha enfrentado situaciones sin precedentes como: estrictas medidas de prevención, pérdidas financieras, mensajes contradictorios por parte de las autoridades, escasez de recursos diagnósticos y terapéuticos, riesgo de infección, o la enfermedad y muerte de seres queridos (10,11). Estos factores funcionan como estresores emocionales que afectan la salud mental; lo anterior se ha comprobado con estudios realizados a la fecha, los cuales muestran un aumento consistente en diferentes países de problemas como la ansiedad, los síntomas de depresión, el insomnio y el estrés postraumático (10,12,13). Adicionalmente, se ha encontrado empeoramiento de síntomas psiquiátricos en personas con enfermedades mentales preexistentes(13).

Hay grupos más vulnerables a los efectos psicosociales negativos de la pandemia como los niños, los adultos mayores, las personas con enfermedades preexistentes y los trabajadores de la salud (10,11). Si bien hay evidencia sobre el cambio en la salud mental en trabajadores de la salud con epidemias previas(11,13,14), la información primaria al inicio de la pandemia era limitada en el mundo, y aún más en Colombia.

Los trabajadores de la salud se han enfrentados a situaciones estresantes desde antes de la pandemia por COVID-19, por cuenta de jornadas laborales extenuantes, recursos inadecuados, tareas repetitivas, pagos insuficientes(15). Con la llegada de la pandemia, estos factores, en el marco de sistemas de salud sin condiciones adecuadas para enfrentar esta crisis sanitaria, se han convertido en elementos que contribuyen al desgaste físico y emocional del personal sanitario, los cuales podrían desencadenar desgaste profesional(16). Es importante conocer los efectos de la pandemia en los médicos, enfermeros, pues permitiría determinar el estado de su salud mental actual y plantear medidas de intervención oportunas para este grupo poblacional.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Planteamiento del problema

La pandemia por COVID-19 ha sido una situación sin precedentes, afecta tanto directa e indirectamente a la población, no solo a consecuencia de la infección por el virus, sino también por la interacción con los factores sociales, económicos y políticos de cada país o región, lo cual enmarca la Covid-19 como sindemia más que pandemia(17).

La alta morbimortalidad que ha generado, además del efecto negativo sobre la salud mental de la población, situación de desesperanza, miedo a la muerte o infección a causa de este virus, es una problemática que nos acecha. De acuerdo con la Carga Global de las Enfermedades 2001 de la OMS, el 33% de los años vividos con discapacidad son causados por los trastornos neuropsiquiátricos, al menos un 2,1% debido a lesiones autoinfligidas. Solo el trastorno de depresión unipolar causa 12,15% de años vividos con discapacidad y constituye la tercera causa contribuyente a la carga global de las enfermedades. Cuatro de las seis causas más frecuentes de años vividos con discapacidad son la depresión, los trastornos debidos al uso de alcohol, la esquizofrenia y el trastorno bipolar(18). En Colombia según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 (ENSM), en adultos de 18 a 44 años, el 9,6% presenta síntomas sugestivos de algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad y el 80,2% manifiesta de 1 a 3 síntomas depresivos(19).

La pandemia ha representado un reto muy importante en la respuesta del sector salud. Se han evaluado los efectos psicológicos de enfermedades infecciosas que causaron epidemias en el pasado, como SARS-CoV-1 (2003), H1N1 (2009), MERS-CoV (2012) o ébola (2014) (20), encontrándose que los profesionales de salud se enfrentaban a turnos laborales más largos, mayor conocimiento de la gravedad de la enfermedad, miedo a la infección propia o de sus familiares, cambios en protocolos de bioseguridad, escasez de elementos de protección personal, distrés emocional por cuidar compañeros contagiados y pacientes gravemente enfermos con deterioro rápido(11,14). Ante situaciones de recursos de soporte vital limitados, se adiciona la toma de decisiones difíciles. La

redistribución de trabajadores cuyas condiciones preexistentes contraindican que atiendan en primera línea, también puede acompañarse de culpabilidad (14).

Otro aspecto para tener en cuenta es la estigmatización a la que se enfrenta el personal de salud, a pesar de que los medios de comunicación y líderes de diferentes países han difundido mensajes de agradecimiento a los profesionales de salud, además de iniciativas para apoyarlos, como las recomendadas por la Asociación Mundial de Psiquiatría, donde se encuentran: apoyo psicológico, financiero, religioso, elementos de protección personal adecuados, entre otros. Sin embargo, esto se aleja de ser la realidad diaria de estos trabajadores(21). El desconocimiento y miedo ante una nueva enfermedad ha llevado a muchas personas a la estigmatización. Durante la pandemia se han presentado conductas de temor hacia profesionales de la salud, evitación y conductas de exclusión por miedo a que sean fuentes de contagio(22).

Además, las medidas de aislamiento, distanciamiento social y autoaislamiento, se relacionó en algunas regiones del mundo con incremento en el consumo de sustancias psicoactivas(23). En Colombia según el informe sobre consumo de drogas en la cuarentena publicado en abril de 2020, realizado en la población general, informo que las sustancias más consumidas en la cuarentena son: marihuana (25%), alcohol (19%), café (14%), cigarrillo (11%) y té (8%), además el 91% de los encuestados manifiestan que las sustancias les han ayudado a sobrellevar de mejor manera la cuarentena y dimensionar el problema de la pandemia(24).

En los estudios publicados al inicio de la pandemia, en su mayoría realizados en la población china, se evidenció gran afectación del personal de salud en comparación con la población general. Los resultados mostraron que los trabajadores de la salud han estado expuestos a altos niveles de eventos estresantes o traumáticos y han expresado resultados de salud mental negativos incluidos síntomas relacionados con el estrés, depresión, ansiedad e insomnio (25,26).

Como se mencionó, es evidente que la población estudiada corresponde a personal sanitario en su mayoría chinos y norteamericanos; donde los recursos y sistemas de atención en salud y el grado de afección por la pandemia ha sido diferente a la de nuestro país. Por lo anterior, estos resultados no podrían ser equiparables a la situación colombiana, ni localmente a la ciudad de Bogotá. Es importante evaluar de manera temprana el estado de salud mental del personal de salud para corregir oportunamente y direccionar de una manera adecuada su seguimiento y tratamiento, ya que esto puede influir de manera positiva en la toma de decisiones, en el desempeño laboral y calidad de vida de cada uno de ellos.

2.2. Justificación

La salud mental de los médicos y personal de enfermería se ha visto afectada durante la pandemia por COVID-19, lo que genera cambios desfavorables en la calidad de vida y desempeño de su actividad laboral. Sin embargo, dichos estudios en su mayoría se han realizado en poblaciones con condiciones sanitarias y socioeconómicas diferentes a la de nuestro país. Así los resultados de esta investigación permitirán conocer el estado de salud mental actual del personal de salud en estudio y los síntomas más prevalentes en esta población. Además, ampliar y validar información de estudios previos respecto a la salud mental en trabajadores de salud y de las enfermedades mentales en el contexto de epidemias y pandemias, dado que estos resultados podrían ser útiles para generar hipótesis o precedentes para investigaciones futuras, en estudios a nivel de la institución, la ciudad y el país. Igualmente adoptar conductas que disminuyan el desenlace de síntomas perjudiciales en cuanto a la salud mental y generar intervenciones en caso de que estén presentes.

2.3. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores que están relacionados con la presentación de los síntomas de depresión, ansiedad y desgaste profesional en médicos y personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19 en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) en Bogotá/Colombia, 2022?

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Salud mental

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (27). En Colombia la salud mental está definida por la Ley 1616 de 2013 como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad” (28).

3.2. Problemas y trastornos mentales

Existen diferentes definiciones para trastorno mental, pero ninguna universalmente aceptada. Según el DSM-5 es “Un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes” (29).

Según la OPS (organización panamericana de la salud) los trastornos mentales aumentan el riesgo de otras enfermedades. A continuación, se definirá a grandes rasgos los trastornos mentales a tratar durante la investigación.

3.2.1. Depresión

Según la (OMS) “la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración”(30). Por otro lado, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIH) la conceptualiza como, “un trastorno del estado de ánimo que causa síntomas de angustia, que afectan cómo se siente, piensa y coordina las actividades diarias, como dormir, comer o trabajar. Para recibir un diagnóstico de depresión, los síntomas deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas” (31).

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental del 2015, en el cual se realizó tamizaje de la población entre 12 a 44 años y 45 años o más; por medio del cuestionario SQR (Self Reporting Questionnaire), donde se encontró que la prevalencia de síntomas de depresión en adolescentes corresponde al 15,8%; las regiones más afectadas fueron la Central con una prevalencia de 20,9% y la Oriental con 16,2%. La población de 18 a 44 años tuvo la prevalencia más baja de síntomas de depresión 4.2% y las mujeres fueron las más afectadas 4.9%. En el grupo de 45 años y más, el 10,6% de las mujeres y el 6,2% de los hombres presentaron siete o más síntomas de depresión, puntualmente en Bogotá se encontró el mayor número de personas con síntomas depresivos (cinco o más), con una prevalencia de 11,5%(19).

3.2.2. Ansiedad

Definida como una respuesta adaptativa a múltiples situaciones de la vida que se puede considerar normal (32), o también como una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo adoptar medidas para afrontar una amenaza (33). Esta se considera patológica cuando es desproporcionada para la situación y demasiado prolongada(34).

3.2.3. Desgaste profesional

El síndrome de desgaste profesional, presenta diferentes maneras de definirlo, sin embargo la más aceptada es la de C. Maslach, que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (35), y aquella dada por P. Gil-Monte definida como: "una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado"(36).

Es una condición prevalente y compleja que se genera en distintos ámbitos laborales, secundario a largas jornadas de trabajo, agotamiento físico y emocional, en otros casos sentimiento de frustración. Estos síntomas pueden presentarse con diferente intensidad a lo largo de la vida, en el personal de la salud es un factor que influye en la calidad de atención a los pacientes y la falta de compromiso en la práctica médica(37).

3.3. Salud mental durante la pandemia por COVID-19

Con el advenimiento del contagio por SARS-CoV-2 a finales de diciembre de 2019 se ha incrementado la prevalencia de problemas y trastornos mentales en la población general y aún más en los trabajadores de la salud, que está en la primera línea de atención, no siendo estos los únicos afectados(10,11). Se han realizado revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios de tipo descriptivos, entre otros, donde se busca determinar los factores asociados con el desarrollo de enfermedades mentales, así como las medidas de intervención a tomar referente a este tema.

En una revisión sistemática sobre datos que reportan la prevalencia de trastorno depresivo mayor y trastorno de ansiedad durante la pandemia por covid-19 entre enero 2020 y enero 2021 en 204 países, mediante indicadores de impacto como: la disminución de movilidad humana y la tasa diaria de infección por SARS-CoV-2 a nivel mundial,

determinaron un aumento en la prevalencia de casos de trastorno depresivo en 27,6% y 25,6 % para trastorno de ansiedad a consecuencia de la pandemia(38).

De igual forma, en otra revisión sistemática con los estudios publicados desde el inicio de la pandemia hasta agosto de 2020, busco medir el impacto psicológico del COVID-19 en el personal de primera línea en el ámbito occidental. Los autores realizaron una búsqueda sistemática en PubMed, Scopus y Web of Science, evaluando variables en relación a estrés, ansiedad, depresión, alteración del sueño y síndrome de burnout, por medio de la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS 21), Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD), y el inventario de Burnout de Maslach (MBI). La evidencia apunta hacia una mayor afección en el personal de primera línea, referente a mujeres y personal de enfermería, sin embargo, no se pudo hacer una caracterización sociodemográfica del personal de primera línea en comparación al resto del personal de salud, dado la heterogeneidad de los estudios incluidos. Además, el personal de primera línea se encontró afectado por prestar largas jornadas de trabajo, en los servicios de urgencias, uci, neumología, dado el mal pronóstico y aumento de muertes en estos servicios(20).

Por otro lado, en un estudio transversal realizado en Wuhan, China en regiones ubicadas dentro de la provincia de Hubei y aquellas aledañas se evaluó un grupo de participantes trabajaban en el diagnóstico, tratamiento y atención de pacientes con fiebre y casos confirmados con COVID-19. A través de una serie de escalas se evaluaron síntomas en relación a depresión, ansiedad, insomnio y angustia, utilizando versiones chinas de herramientas de medición validadas como lo son PHQ-9(Patient Health Questionnaire), GAD-7, ISI (Insomnia Severity Index) y IES-R (Impact of Event Scale–Revised), como resultado se encontró una prevalencia de síntomas de depresión 50,4 %, ansiedad 44,6%, insomnio 34,0% y angustia 71,5%. Sin embargo 81,2% eran de la provincia de Hubei, lo que limitó la generalización de los datos, además no fue posible evaluar ciertas características de médicos de Wuhan versus quienes vivían en otras regiones. Se identificó de igual manera que el personal de salud de primera línea tenía mayor riesgo de desenlaces negativos en salud mental(25).

Otro estudio de tipo observacional transversal realizado en la red integral de salud en Ecuador, en médicos y enfermeros que trabajaron durante la pandemia por COVID-19 identificó que el 90% entre médicos y enfermeros tienen un puntaje para Síndrome de burnout moderado y severo (medido con MBI), siendo los médicos más afectados con respecto al personal de enfermería. Estos resultados podrían estar relacionados probablemente con la alta carga laboral principalmente en la etapa educativa, dado que en Ecuador se realizan largas jornadas de estudio(39).

En Colombia un estudio de tipo descriptivo que incluyó trabajadores del área de la salud de una IPS de Medellín encontró que el 79% de la muestra estudiada presenta un nivel bajo de agotamiento emocional y a su vez el 76 % un nivel bajo de despersonalización (medido con la escala MBI y HSS [Human Services Survey]). El 39% obtuvo un grado medio de afectación en el ítem de realización personal. Se identificó además que el 74 % de los participantes encuestados presentan estrés moderado por trabajar con pacientes o usuarios con COVID- 19(40).

El grupo de investigación en salud mental de la universidad CES, realizó un estudio observacional descriptivo de cohorte transversal para realizar diagnóstico de la situación de salud mental en el personal de atención en salud en Colombia, en contexto de la pandemia por covid-19. Por medio de una encuesta en línea, evaluaron variables sociodemográficas, personales y laborales, además de utilizar escalas validadas para ansiedad, depresión e insomnio en 669 profesionales. Como resultados se obtuvo que la frecuencia del trastorno de ansiedad generalizada fue 33,3%, para depresión 23,6% y trastorno del sueño 11,6%, siendo los médicos el grupo más afectado, 1 de cada 4 presenta depresión mayor, 1 de cada 3 ansiedad y 13 de cada 100, problemas de insomnio(41).

De forma similar, un estudio transversal que hace parte del proyecto DISEU (Dinámicas Psicosociales Universitarias), con aval institucional de la Universidad de Cartagena, estimó la frecuencia de percepción de discriminación, además la asociación con estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales en Colombia (medidos con el Cuestionario de Problemas Psico-somáticos, GAD 7 y FCV-19S). En este estudio

participaron 531 médicos de las diferentes ciudades del país, obteniendo que más del 70% tenía angustia en el trabajo por temor a ser foco de contagio para sus familiares o infectarse de COVID-19, el 73% no se encontraba satisfecho con su labor, más del 30% expresaron estrés laboral medio alto, el 39% informaron tener percepción de discriminación, y en este grupo fue mayor la presencia de miedo a COVID-19, ansiedad y estrés en el trabajo(42).

Lo anterior es concordante, con el estudio observacional de tipo transversal analítico realizado en una institución sanitaria en Medellín (Colombia), donde se evaluó en 1.247 trabajadores, la prevalencia de síntomas ansiosos por medio de la escala GAD-7 y síntomas depresivos con la escala PHQ-9. Se obtuvo una prevalencia de síntomas ansiosos leves 31,7%, moderados 13,4% y graves 5,1%. Para los síntomas depresivos leves 26%, moderados 8,2%, moderadamente graves 4,7% y graves 1,7%. Además, reportaron que se presentó una mayor proporción de síntomas de ansiedad y depresión moderados a graves en mujeres, quienes trabajaban en modalidad presencial y en personal entre 18 y 25 años de edad(43).

Por último, se realizó un estudio de corte transversal en el que se usaron las escalas GAD-7, PHQ-9, miedo a la COVID-19 y escala Burnout de Copenhague, en el cual participaron 486 personas, con el objetivo de clasificar al personal de 2 instituciones de referencia para la atención de la COVID19 en Antioquia (Colombia) según la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos y determinar los factores asociados con estas clases. Para esto se hizo análisis de clases latentes para identificar las clases y se determinaron los factores asociados mediante regresión logística multinomial. Los autores encontraron que el modelo con mejor ajuste fue el de 3 clases: La I, con puntajes bajos en escalas; la II, con grados leves de ansiedad y depresión, e intermedios de miedo a la COVID-19 y estrés percibido y la III, con grados moderados y graves de ansiedad, depresión y estrés percibido. Los factores asociados con pertenecer a la clase III fueron: edad, cambio de vivienda para no exponer a familiares, y antecedente de trastorno depresivo y ansioso. Los factores asociados con la clase II fueron: edad, antecedente de trastorno depresivo, convivir con alguien con riesgo de muerte por COVID-19, familiar personal de salud y cambio de vivienda para no exponer a familiares(44).

4. HIPÓTESIS

La salud mental de médicos y personal de enfermería puede estar afectada por el desarrollo de la pandemia por COVID-19, presentándose síntomas de depresión, ansiedad y desgaste profesional. Bajo esta premisa se plantean las siguientes hipótesis:

4.1. Hipótesis nula (H_0)

Los factores analizados no presentan asociación con síntomas de depresión, ansiedad y desgaste profesional secundarios a la pandemia por la COVID-19 en los médicos y personal de enfermería de la IPS.

4.2. Hipótesis alterna (H_A)

Los factores analizados presentan asociación con síntomas de depresión, ansiedad y desgaste profesional secundarios a la pandemia por la COVID-19 en los médicos y personal de enfermería de la IPS.

5. OBJETIVOS

5.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas, clínicas, consumo de tabaco y alcohol, miedo al covid-19 con la aparición de síntomas relacionados con depresión, ansiedad y desgaste profesional en médicos y personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19, en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en Bogotá/Colombia, en 2022.

5.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas y clínicas de los médicos y personal de enfermería.
- Caracterizar el consumo de alcohol y tabaco en la población de estudio.
- Determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, desgaste profesional, temor al COVID-19 en médicos y personal de enfermería.
- Analizar la asociación entre las características sociodemográficas, clínicas, consumo de tabaco y alcohol con miedo al covid-19
- Analizar la asociación entre las características sociodemográficas, clínicas, consumo de tabaco y alcohol, miedo al covid-19 con la aparición de síntomas de ansiedad, depresión, desgaste profesional, en médicos y personal de enfermería durante la pandemia.
- Determinar las variables que explican la asociación entre las características sociodemográficas, clínicas, consumo de tabaco y alcohol, miedo al covid-19 con la aparición de síntomas de ansiedad, depresión, desgaste profesional, en médicos y personal de enfermería durante la pandemia.

6. METODOLOGÍA

6.1. Enfoque Metodológico

Es un estudio de tipo cuantitativo, en donde se evaluaron diferentes variables tanto sociodemográficas, variables clínicas, consumo de tabaco y alcohol, miedo al covid-19 y aquellas en relación con el desenlace de síntomas de depresión, ansiedad y desgaste profesional en personal de salud trabajador de IPS en Bogotá durante el año 2022.

6.2. Diseño del estudio

Es un estudio observacional de tipo transversal analítico.

6.3. Población

La población corresponde al personal de salud de la ciudad de Bogotá que se encuentren laborando durante la pandemia, así la *población elegible*, está dada por médicos, jefes y auxiliares de enfermería vinculados a la IPS en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. De acuerdo con la nómina con corte del 09 de febrero de 2022. Se incluyeron 430 médicos generales, 332 jefes y 868 auxiliares de enfermería, para un total de 1630 profesionales de la salud. La *muestra* estuvo conformada por profesionales de la salud que aceptaron de forma voluntaria participar en el estudio, previa aceptación del consentimiento informado y la respectiva explicación referente a instrumentos de medición que se aplicaron a cada uno de los participantes.

6.4. Criterios de elegibilidad

6.4.1. Criterios de inclusión

- Trabajar durante la pandemia por COVID- 19 (desde marzo 2020)
- Ser Médico, auxiliar o jefe de enfermería
- Trabajar en la IPS en donde se realizará el estudio
- Ser mayor de edad

6.4.2. Criterios de exclusión

- Negar autorización para participar en el estudio.
- No responder en su totalidad o diligenciar de forma inadecuada los cuestionarios establecidos.
- Retiro voluntario en cualquier momento del estudio
- Diagnóstico explícito previo de enfermedad mental (no aquellos que hubiesen consultado alguna vez en la vida por salud mental).

6.5. Diseño muestral

No se realizará muestreo, se trabajará con el total del personal de salud que cumplan todos los criterios de inclusión.

6.6. Tamaño muestral mínimo

En Colombia el Centro de Excelencia en Investigación en Salud mental- CESISM (2020) desarrolló un estudio donde se aplicaron escalas validadas sobre los trastornos mentales de ansiedad, depresión, problemas de sueño o insomnio. Del total de la muestra cerca al 40.0% de los consultados cumplió con los criterios para padecer de algún tipo de trastorno mental.(45).

Teniendo en cuenta la información anterior, con un nivel de confianza del 95%, una prevalencia esperada de 0,4 (40%) y una precisión del 3%, considerando el universo finito, el tamaño muestral mínimo es de 629 participantes. Como se muestra a continuación:

Fórmula de cálculo tamaño muestral, universo finito.(46).

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N - 1) + (Z^2 * p * q)}$$

$$n = \frac{1.96^2 * 1630 * 0.4 * 0.6}{0.03^2 * (1630 - 1) + (1.96^2 * 0.4 * 0.6)} = 629.2 = 629$$

Donde:

Z = nivel de confianza (correspondiente con la tabla de valores Z)

p = porcentaje de la población que tiene el atributo deseado

q = porcentaje de la población que no el atributo deseado (1 - p)

N = tamaño del universo

e = error de estimación máximo aceptado

n = tamaño de la muestra

6.7. Descripción de las variables

6.7.1. Diagrama de variables

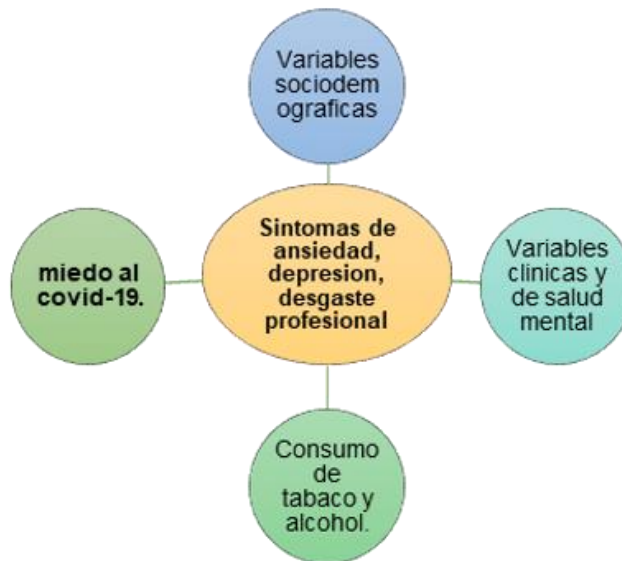


Figura 1. Diagrama de las variables de estudio

6.7.2. Tabla de variables

Ver anexos.

6.8. Técnica de recolección de la información

6.8.1. Fuente de la información

La fuente de la información fue primaria. Inicialmente se aplicó un cuestionario estructurado en donde se evaluaron variables sociodemográficas y antecedentes clínicos, además de las diferentes escalas validadas en español, específicas para diferentes síntomas en relación con depresión, ansiedad, desgaste profesional y miedo al COVID-19. Tanto el cuestionario estructurado como las escalas se

difundieron por medio de un formulario creado en Google Forms online. Disponible en: <https://forms.gle/FSnDBtbcbsbasdE8M9>.

El protocolo fue presentado ante la IPS en mención y posterior a su autorización, vía mensajería instantánea (WhatsApp) se realizó la presentación del protocolo explicando la intención y alcance de la investigación, junto con la invitación para la participación de los médicos generales y personal de enfermería del área de consulta externa, hospitalización y urgencias.

Las encuestas se realizaron entre el 26 de enero y 07 de abril de 2022, con 640 respuestas; se eliminaron 43 participantes de acuerdo con los criterios de elegibilidad, de ellos 7 no aceptaron participar en el estudio y 36 tenían diagnóstico previo de enfermedad mental, por lo cual el análisis de los datos se realizó con 597 participantes. Los datos se recogieron en una hoja de cálculo de Excel, luego se depuraron y se exportaron a el software SPSS versión 26 Windows, para el análisis de los datos.

La información se mantuvo bajo estricta confidencialidad y no se utilizaron nombres o cualquier otra información que pudiese identificar el participante. Toda la información que se obtuvo de este estudio se utilizó únicamente con fines educativos.

6.8.2. Instrumentos de recolección de la información

6.8.2.1. Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)

El cuestionario sobre la salud del paciente es una versión autoadministrada del instrumento diagnóstico PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) para trastornos mentales comunes, basada en los criterios del DMS-IV. Constituye una herramienta con validez, que mide la presencia y severidad de los síntomas depresivos (47), tiene la ventaja de ser exacto, breve, de dominio público y multipropósito, así como fácil en su aplicación, puntuación e interpretación (48), cuenta con una sensibilidad del 88% y una especificidad del 85%, fiabilidad interna

excelente, con un α de Cronbach de 0.86 a 0,89 y fiabilidad test-retest de 0.84 (38,40).

Consta de 9 ítems que buscan evaluar la presencia de síntomas depresivos en las últimas 2 semanas, cada ítem tiene un intervalo de puntuación de 0 a 3, para un puntaje total entre 0 y 27. Clasificando la severidad de la depresión así:

- ≤ 4 : Depresión mínima
- 5 a 9: Depresión leve
- 10 a 14: Depresión moderada
- 15 a 19: Depresión moderada grave
- 20 a 27: Depresión grave

El cuestionario PHQ-9 ha sido traducido en más de 80 idiomas y utilizado en varios contextos a nivel mundial (48), La versión en español ha sido validada en países como Chile en atención primaria y en España a nivel hospitalario, encontrándose que tiene una validez diagnóstica en general comparable con la versión original en inglés (50,51). En Colombia se ha realizado un único estudio hasta la fecha de la validación psicométrica del cuestionario PHQ-9, en el contexto de pacientes adultos de atención primaria en la ciudad de Bucaramanga encontrándose que la versión colombiana del PHQ-9 es un instrumento válido y confiable para el cribado de depresión, con un Punto de corte de 7 o más, la sensibilidad fue de 90% y la especificidad de 83%, concordante con otros estudios(52).

6.8.2.2. Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

La escala GAD-7 es un instrumento válido y eficaz para el cribado de Trastorno de ansiedad generalizado (TAG) y evaluar su gravedad en la práctica clínica y la investigación, diseñada en el 2006 basado en los criterios diagnósticos del DS- IV. Con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 82%, consistencia interna del GAD-7 excelente (α de Cronbach = .92). Fiabilidad test-retest buena (correlación intraclase = 0,83)(53,54).

Consta de 7 ítems que se responde en una escala tipo Likert que va de 0 a 3 de acuerdo con la frecuencia de síntomas ansiosos, para una puntuación total entre 0 y 21, con lo cual se clasifican los grados de ansiedad de la siguiente forma:

- 0 a 4: No se aprecia ansiedad
- 5 a 9: Ansiedad leve
- 10 a 14: Ansiedad moderada
- 15 a 21: Ansiedad severa.

Esta herramienta ha sido validada en diferentes países e idiomas encontrándose una consistencia interna y validez adecuada(54–57), En Colombia esta escala utilizada recientemente en un estudio transversal en los médicos del Caribe colombiano para identificar posible TAG en el contexto de la pandemia por COVID-19, encontrando una prevalencia de 38.4% de este trastorno(58).

6.8.2.3. Burnout Screening Inventory (BSI)

La herramienta BSI fue diseñada por Ferdinand Jaggi, las cuales incluye los 3 dominios principales de la escala original de Maslach: agotamiento emocional evaluado con la pregunta 6,7,9,10; despersonalización pregunta 1,3,4 y realización personal pregunta 8,2,5. Con la ventaja de poder realizarla en un periodo más corto de tiempo de 3 a 5 min e incluye 10 puntos en lugar de 22 en contraste con el original (59).

Consta de 10 ítems que se responde en una escala tipo Likert que va de 0 a 6 de acuerdo con la frecuencia de presentación de los síntomas, donde 0 es “nunca” y 6 es “todos los días”. La interpretación se realiza con relación al puntaje total de la siguiente forma:

- 0 a 29: Burnout poco probable
- 30 a 39: Burnout leve
- 40 a 49: Burnout moderado

- mayor a 50: Burnout grave.

Se realizó un estudio en personal en formación en salud en Colombia, demostrando ser un instrumento válido para medir el desgaste profesional, donde se contó con una fiabilidad mayor del 0,6 en los 3 dominios, y una fiabilidad total mayor del 0,8 (alfa de Cronbach de 0.87). (60).

6.8.2.4. Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S)

La FCV-19S por sus siglas en inglés Fear of COVID-19 Scale, es una herramienta diseñada inicialmente en población iraní, que evaluaba inicialmente 28 ítems, tras modificaciones posteriores la versión final evalúa 7 ítems relacionados con temores y preocupaciones a diferentes aspectos psicosociales del coronavirus. Cuenta con propiedades psicométricas confiables y válidas para evaluar el miedo al COVID-19 en la población general; alfa de Cronbach: 0.82 y correlación intraclass: 0.72. Ha sido utilizada en países latinoamericanos como Argentina, Brasil, México, Perú, República Dominicana.(61).

El instrumento se responde según una escala de intensidad de cinco puntos, entre 1 “totalmente en desacuerdo” y 5 “totalmente en de acuerdo”, la puntuación total oscila entre 7 y 35 (62). Los autores no detallan el punto de corte específico para su clasificación. Sin embargo, cuanto mayor sea el resultado mayor miedo a COVID-19 habrá.

Todas estas escalas cuentan con la validación y exactitud pertinente para su aplicación.

6.9. Controles de errores y sesgos

Sesgo de selección

En el presente estudio al utilizarse un muestreo no probabilístico, pudo incurrir en un sesgo de selección, aunque se realizó con el total de los participantes para obtener una muestra representativa del personal de salud, aquellos con mayor

severidad de síntomas o necesidad de búsqueda de ayuda podrían haber estado interesados en participar de esta investigación.

Sesgo de información

Se les aplicó a los participantes del estudio escalas o test específicos para cada ítem a evaluar. Se verificó el completo y adecuado diligenciamiento de estas encuestas y los que tuvieron algún error en el diligenciamiento, se excluyeron del estudio para evitar sesgos de información.

Sesgo de confusión

Se realizó análisis multivariado para controlar variables confusoras.

6.10. Técnica de procesamiento y análisis de la información.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el software SPSS, el análisis de las variables se realizará con relación a los objetivos específicos de la investigación, como se muestra a continuación:

Título del proyecto		PANDEMIA COVID-19: SALUD MENTAL DE MÉDICOS Y ENFERMEROS EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD EN BOGOTÁ-COLOMBIA, 2022.		
Tipo de estudio		Observacional de tipo transversal analítico		
Objetivo general		Determinar la asociación entre las variables sociodemográficas, clínicas y de consumo de tabaco y alcohol con la aparición de síntomas relacionados con la salud mental en médicos y personal de enfermería durante la pandemia por COVID-19, en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), en Bogotá/Colombia, en 2022.		
Objetivos específicos		Variables	Presentación de resultados	Medidas
1	Describir las características sociodemográficas y clínicas de los médicos, y personal de enfermería	Edad, sexo, estado civil, profesión, área de trabajo, incremento del trabajo durante la pandemia, estrato socioeconómico, nivel de ingresos, horas laboradas. Comorbilidades, diagnóstico de covid-19.	Las variables categóricas, se presentarán en tablas de frecuencias y gráficos según corresponda. Las variables cuantitativas mediante las medidas de tendencia central y dispersión según la normalidad de la variable. Histograma para las variables cuantitativas continuas.	Variables categóricas: cálculo de frecuencia absoluta y frecuencia relativa expresada en porcentajes. Variables cuantitativas pruebas de normalidad (Shapiro Wilk o Kolmogorov Smirnov)). Variables de distribución normal: desviación estándar y Media Variables de distribución no normal: rango intercuartílico y mediana.
2	Caracterizar el consumo de alcohol y tabaco en la población de estudio.	Consumo de alcohol, consumo de tabaco	Gráfico circular	Porcentajes

3	Determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad, depresión, desgaste profesional, temor al COVID-19 en médicos y personal de enfermería.	Síntomas de ansiedad, Síntomas de depresión, desgaste profesional, miedo al covid-19.	Gráficos de barra para las frecuencias absolutas y gráficos circulares para los porcentajes.	cálculo de frecuencia absoluta y frecuencia relativa expresada en porcentajes. Calculo prevalencia puntual.
4	Analizar la asociación entre las características sociodemográficas, clínicas, consumo de tabaco y alcohol con miedo al covid-19	<p>Variables independientes: Edad, sexo, estado civil, profesión, área de trabajo, incremento del trabajo durante la pandemia, estrato socioeconómico, nivel de ingresos, horas laboradas.</p> <p>Variables dependientes: Miedo al COVID-19</p>	Se realizó tabulación cruzada mediante tablas de contingencia.	<p>-Si las dos variables son cualitativas realizo prueba de chi cuadrado.</p> <p>- Si el valor P es < 0.05, se consideró estadísticamente significativo.</p> <p>- Si una variable es cuantitativa y otra cualitativa dicotómica se realizará prueba de T student o prueba de U de Mann Whitney dependiendo la normalidad de la variable cuantitativa. Valor P</p> <p>- Si una variable es cuantitativa y otra cualitativa politómica se realizará prueba F de Snedecor o prueba H de Kruskal Wallis de acuerdo con la normalidad de la variable cuantitativa.</p> <p>Valor P</p>
5	Analizar la asociación entre las características sociodemográficas, clínicas, consumo de tabaco y alcohol, miedo al covid-19 con la aparición de síntomas de ansiedad, depresión, desgaste profesional, en médicos y personal de enfermería durante la pandemia.	<p>Variables independientes: Edad, sexo, estado civil, profesión, área de trabajo, incremento del trabajo durante la pandemia, estrato socioeconómico, nivel de ingresos, horas laboradas. Miedo al covid-19.</p>	Se realizó tabulación cruzada mediante tablas de contingencia.	<p>-Si las dos variables son cualitativas realizo prueba de chi cuadrado.</p> <p>- Si el valor P es < 0.05, se consideró estadísticamente significativo.</p> <p>- Si una variable es cuantitativa y otra cualitativa dicotómica se realizará prueba de T student o</p>

		<p>Variables dependientes: Síntomas de ansiedad, Síntomas de depresión, desgaste profesional</p>		<p>prueba de U de Mann Whitney dependiendo la normalidad de la variable cuantitativa. Valor P</p> <p>- Si una variable es cuantitativa y otra cualitativa politémica se realizará prueba F de Snedecor o prueba H de Kruskal Wallis de acuerdo con la normalidad de la variable cuantitativa.</p> <p>Valor P</p>
6	<p>Determinar las variables que explican la asociación entre las características sociodemográficas, clínicas, consumo de tabaco y alcohol, miedo al covid-19 con la aparición de síntomas de ansiedad, depresión, desgaste profesional, en médicos y personal de enfermería durante la pandemia</p>	<p>Variables que tengan significancia estadística obtenidas del análisis bivariado.</p>	<p>Modelo de regresión logística.</p>	<p>Razón de prevalencia ajustadas e intervalos de confianza.</p>

6.11. Transformación de variables

Para el análisis de los datos, se recodificaron algunas variables y otras se dicotomizaron para obtener mejores resultados en cuanto a significancia estadística.

Inicialmente se realizó el análisis univariado con las variables sin realizar cambios en las mismas. Para el análisis bivariado y multivariado se realizó una transformación post-hoc, después de conocer la distribución de los datos para asegurar grupos con n más o menos homogéneas de las variables.

- Edad: menor de 28 años, de 29 a 40 años y 41 o más años.
- Estado civil: con pareja (casado, unión libre) y sin pareja (soltero, divorciado, viudo).
- Estrato socioeconómico: bajo (1-2), medio (3-4), alto (5-6).
- Nivel de ingresos: 2 salarios mínimos o menos (Menos que un salario mínimo, de 1 hasta 2 salarios mínimos) y más de 2 salarios mínimos (de 3 a 4 salarios mínimos, 5 salarios mínimos o más).
- Horas de trabajo: menos de 7 horas de horas y 7 horas o más de trabajo.
- Consumo de tabaco: consume tabaco (fumador diario, fumador semanal, fumador esporádico) y no consume tabaco (exfumador, no consume tabaco)
- Consumo de alcohol: consume alcohol (al menos medio vaso de una bebida alcohólica al día, al menos una vez por semana, menos de una vez por semana) y no consume alcohol (No ha bebido durante el último mes, no consume alcohol)

Las variables dependientes se dicotomizaron según la presencia o ausencia de los síntomas que se estuviese evaluando, mediante puntos de cortes establecidos para cada escala en mención.

Además, los OR ajustados fueron transformados en RP ajustados mediante la siguiente fórmula de Mietinen(63).

$$PR = \frac{OR}{(1 + p_1 * [OR - 1])} \quad [4] \quad IC \text{ del } 95\%: OR^{(1 \pm \frac{1,96}{z})}$$

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se realizó en el marco de los principios éticos: respeto por la autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia; en concordancia con las disposiciones de la declaración de Helsinki.

De igual forma este proyecto se hizo bajo la normatividad legal vigente a nivel nacional, teniendo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 donde se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, que clasifica esta investigación como de riesgos mínimos, dado que se obtuvieron los datos de forma prospectiva mediante una encuesta y no se realizó ningún tipo de intervención a los participantes. Además, a cada participante se le informó clara y detalladamente los objetivos, beneficios y riesgos del estudio, así como el instrumento a utilizar para la obtención de datos. Fue necesaria la autorización manifiesta de participar en la investigación, mediante la aceptación consentimiento informado.

Se acató las normas plasmadas en la ley 23 de 1981 en materia de ética médica, donde se adoptan los términos contenidos en el juramento aprobado por la Convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial mencionado en el capítulo II de la ley en mención. Además, la investigación fue sometida a evaluación del Comité de Ética de la Universidad del Rosario con código de aprobación DVO005 1823-CV1485, y a su vez aprobado por la Unidad de Investigación y Educación de la Subdirección de Salud de la IPS.

Se cumplió con lo dispuesto en la Ley estatutaria 1581 de 2012 mediante la cual se crean medidas para la protección de los datos personales, tanto en entidades privadas como públicas. El manejo de la información es exclusivamente por parte de los investigadores de este estudio, siendo los únicos autorizados para acceder a los datos suministrados. Para las encuestas, dicha información quedó guardada en el correo electrónico establecido para la recepción del consentimiento informado y

el formulario diligenciado previamente por el participante. La duración de la custodia de correos será por 3 años posterior a la obtención del formulario.

Es de resaltar, que al realizar el cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9), se dio la siguiente instrucción: Al sumar los valores dados a cada ítem del cuestionario PHQ-9, se sugiere contactar a la línea 106 *"El poder de ser escuchado"* habilitada 24 horas del día, correspondiente a una línea de ayuda, donde brindan atención psicológica, **Si** la sumatoria en esta escala es mayor o igual a 5 o seleccionó entre las columnas 1 y 3 para el ítem 9.

Las investigadoras del presente estudio declaran no tener conflicto de interés alguno.

8. RESULTADOS

8.1. Características sociodemográficas

La muestra estuvo conformada por 633 participantes, de los cuales se excluyeron 36 por diagnóstico de enfermedad mental, para una muestra definitiva de 597 participantes; con una edad mediana de 34 años (RIC 28-41) dado que la edad presentó una distribución no normal, la distribución por sexo fue heterogénea, con una relación mujer hombre 4:1. El personal de salud sin pareja fue el 51,1% y con pareja 48,9%. En cuanto al estrato socioeconómico el 61,3% se encuentra en estrato medio, el 33,5% en estrato bajo y el 5,2% en estrato alto. El nivel de ingresos medido en SMLV (salario mínimo legal vigente) estuvo en 2 SMLV o menos en un 53,1% y más de 2SMLV en 46,9% de los encuestados. La profesión mostro una distribución heterogénea, con mayor participación de auxiliares de enfermería (47%), seguido de médicos (39%) y jefes de enfermería (14%). El área de trabajo que predominó en orden descendente fue consulta externa, otras áreas, urgencias y hospitalización. Con una mediana de 7 horas de trabajo diario (RIC 7-8), El 51% de los encuestados reportó trabajar más durante la pandemia por COVID-19 en comparación con años anteriores. Tabla 1 y 2.

Tabla 1. Características Edad y Numero de horas de trabajo personal de salud, IPS Bogotá Año 2022.

Variables	Mediana	Q1	Q3
Edad	34	28	41
Horas de trabajo diario	7	7	8

Tabla 2. Distribución de frecuencias. Características sociodemográficas personal de salud, IPS Bogotá Año 2022.

Variable		n	%
Sexo	Femenino	479	80%
	Masculino	118	20%
Estado civil	Con pareja	292	48,9%
	Sin pareja	305	51,1%
Estrato socioeconómico	Bajo	200	33,5%
	Medio	366	61,3%
	Alto	31	5,2%
Nivel de ingresos	salarios mínimos o menos	317	53,1%
	Más de 2 salarios mínimos	280	46,92 %
Profesión	Médico	231	39%
	Jefe de enfermería	86	14%
	Auxiliar de enfermería	280	47%
Área de trabajo	Consulta Externa	261	44%
	Hospitalización	65	11%
	Urgencias	128	21%
	Otras	159	27%
Trabaja más durante la pandemia por COVID-19	Si	304	51%
	No	293	49%

8.2. Características clínicas

Del personal de salud a estudio, se obtuvo que el 43.9% tenía antecedente de infección por Covid-19, el 21.1% tenía antecedentes de otras enfermedades distintas a las mencionadas principalmente, seguido de diagnóstico de obesidad, hipertensión arterial, además el 7 % del total de la muestra había recibido valoración por salud mental en algún momento de su vida, y el 92% tenía algún familiar o amigo con antecedente de infección por Covid-19. Tabla 3.

Tabla 3. Distribución de frecuencias variables clínicas personal de salud, IPS Bogotá Año 2022.

Variable		n	%
Diagnóstico de HTA	Si	38	6,4%
	No	559	93,6%
Diagnóstico de DM	Si	9	1,5%
	No	588	98,5%
Diagnóstico de EPOC	Si	2	0,3%
	No	595	99,7%
Diagnóstico de Obesidad	Si	87	14,6%
	No	510	85,4%
Diagnóstico de otras enfermedades.	Si	126	21,1%
	No	471	78,9%
Diagnóstico de COVID-19	Si	262	43,9%
	No	335	56,1%
Diagnóstico de COVID-19 familiar o amigo	Si	549	92,0%
	No	48	8,0%
Valoración previa salud mental.	Si	42	7,0%
	No	555	93,0%

En cuanto al consumo de tabaco y alcohol se evidencia que la mayor parte de los participantes no consumen tabaco ni alcohol, representados en un 85,4 % y 57,1%, en contraste con un 4.7% que refieren fumar a diario y 3% que consumen una bebida alcohólica al menos una vez por semana. Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de frecuencia consumo de tabaco y alcohol. Personal de Salud IPS Bogotá, año 2022

Variable.		n	%
Consumo de tabaco	Fumar diario	28	4,7%
	Fumador semanal	15	2,5%
	Fumador esporádico	20	3,4%
	Exfumador	24	4,0%
	No consume tabaco	510	85,4%
Consumo de alcohol	Al menos medio vaso de una bebida alcohólica al día.	0	0,0%
	Al menos una vez por semana	18	3,0%
	Menos de una vez por semana	69	11,6%
	No ha bebido durante el último mes	169	28,3%
	No consume alcohol	341	57,1%

8.3. Comportamientos variables de salud mental

Por otro lado, al analizar la presencia de síntomas mentales, se observa que el 78.6% del personal de salud a estudio presenta algún síntoma de depresión, y el 1.7% síntomas de depresión grave; el 35.7% algún síntoma de ansiedad y el 4.7% síntomas de ansiedad severa; el 97,3% síntomas poco probables para desarrollar desgaste profesional y 46.4% manifestaron tener miedo al covid-19. Tabla 5.

Tabla 5. Distribución de frecuencias variables de salud mental, Personal de Salud IPS Bogotá año 2022.

Variables		n	%
Síntomas de depresión	Sin síntomas de depresión	128	21,4%
	Depresión mínima	268	44,9%
	Depresión leve	127	21,3%
	Depresión moderada	42	7,0%
	Depresión moderada-grave	22	3,7%
	Depresión grave	10	1,7%
Síntomas de ansiedad	Sin síntomas de ansiedad	384	64,3%
	Ansiedad leve	144	24,1%
	Ansiedad moderada	41	6,9%
	Ansiedad severa	28	4,7%
Síntomas de desgaste profesional	Poco probable	581	97,3%
	BSI Leve	10	1,7%
	BSI moderada	6	1,0%
	BSI grave	0	0,0%
Miedo al covid-19	Si	277	46,4%
	No	320	53,6%

Al dicotomizar los resultados de la escala PHQ-9, para determinar la presencia o ausencia de síntomas de depresión, mediante un punto de corte establecido en 10 según la literatura, se obtuvo que el 12.4% de la muestra presenta síntomas de depresión. Al estratificarlo por la profesión se obtuvo que del total de los médicos (16%) seguidos de los auxiliares de enfermería (11.4%) presentan mayores síntomas de depresión en comparación con los enfermeros jefes (5.8%). Al hacer esta relación por sexo se observa que el 12.5% (60) del total de las mujeres encuestadas y el 11.9% (14) del total de los hombres presentan síntomas de depresión. Además, existe mayor prevalencia en el área de consulta externa y hospitalización en contraste con urgencias y otras áreas. Gráfico 1.

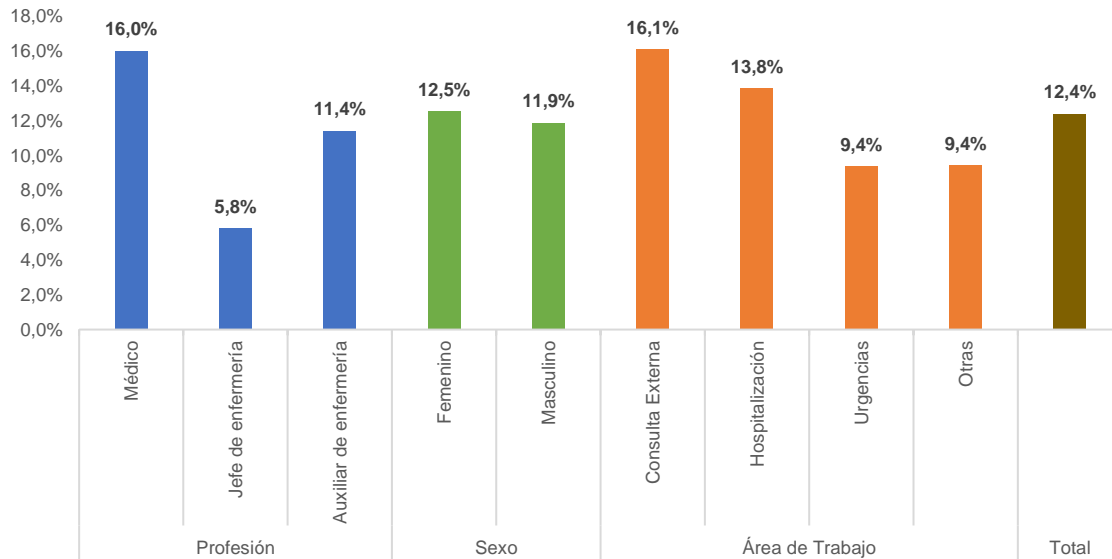


Gráfico 1. Distribución de síntomas de depresión estratificados por profesión, sexo y área de trabajo

En relación con los síntomas de ansiedad de acuerdo con la escala GAD-7, estableciendo un punto de corte de 7, se evidencia que el 22.3% de la muestra presenta síntomas de ansiedad, los médicos (24.7%) y auxiliares de enfermería (22.5%) son las profesiones mayormente afectadas, el 23.8% (114) de las mujeres y el 16.1% (19) de los hombres presentan síntomas de ansiedad. Las áreas de trabajo mayormente afectadas en orden descendente son: consulta externa (25.7%), hospitalización (21.5%), otras áreas (23.9%) y finalmente urgencias (15.6%). Gráfico 2.

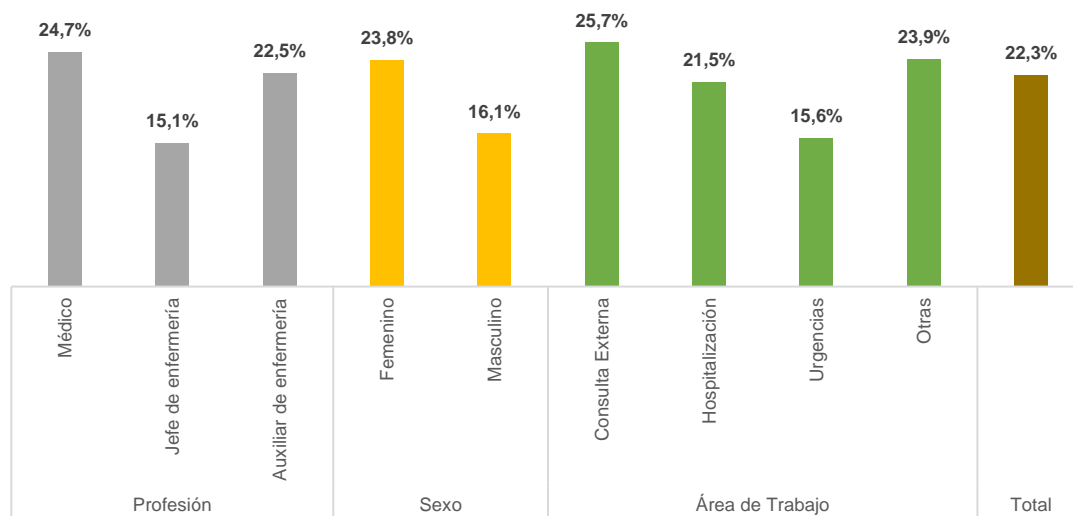


Gráfico 2. Distribución de síntomas de ansiedad estratificados por profesión, sexo y área de trabajo.

La escala BSI se dicotomizo con un punto de corte establecido en 30, dado que a partir de este valor se tiene algún síntoma de desgaste profesional, lo que arroja que el 2.8% de los encuestados presentó algún síntoma de desgaste profesional, distribuidos de acuerdo a la ocupación en el 6.1% de los médicos, 1.2% de los jefes de enfermería y 0.7% en los auxiliares de enfermería. Con respecto al sexo, el 2.7% de las mujeres y el 3.4% de los hombres presentan algún síntoma de desgaste profesional, con mayor frecuencia en consulta externa (5%) seguido de urgencias (3.1%). Gráfico 3.

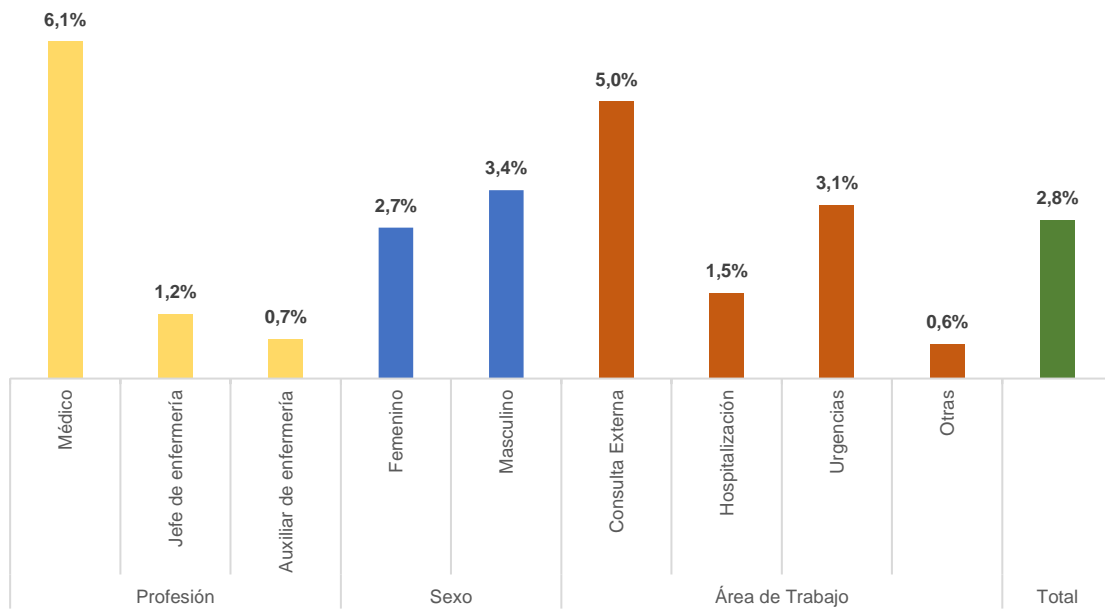


Gráfico 3. Distribución de síntomas de desgaste profesional, estratificado por profesión, sexo y área de trabajo

Finalmente, para la escala de miedo al covid-19 el punto de corte se estableció de acuerdo con la media poblacional, obteniendo que el 46.4% de la muestra presenta miedo al covid-19, con mayor prevalencia en médicos (46.8%) y auxiliares de enfermería (46.8), en relación con el género se tiene que el 49.1% de las mujeres y el 35.6% de los hombres muestran miedo al covid-19. Hospitalización y consulta externa son las áreas mayormente afectadas. Gráfico 4.

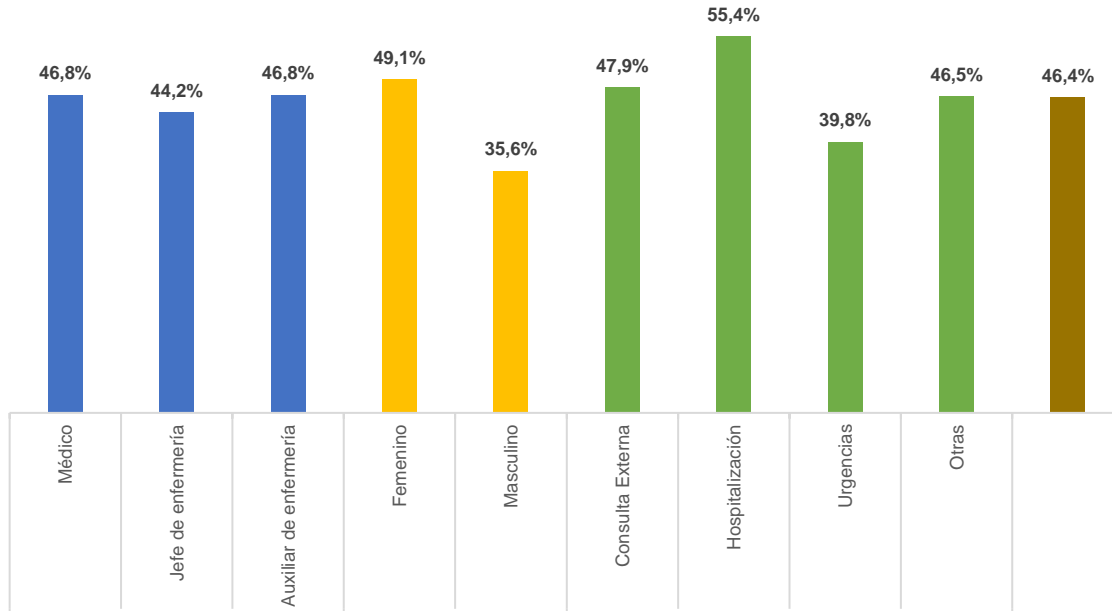


Gráfico 4. Distribución del Miedo al covid-19, estratificado por profesión, sexo y área de trabajo.

8.4. Análisis síntomas de miedo a covid-19

8.4.1. Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de Miedo a Covid-19.

Tabla 6. Asociación de variables sociodemográficas y clínicas con miedo al covid-19.

Variables	RP	IC 95%	Valor p	
Edad	Menor de 28 años	1,01	0,824 – 1,258	0,927
	De 29 a 40 años	1		
	41 o más años	1,04	0,847 – 1,280	
Sexo	Femenino	1,74	1,148 – 2,645	0,009
	Masculino	1		
Estado civil	Con pareja	1,19	0,864 – 1,645	0,285
	Sin pareja	1		
Estrato socioeconómico	Bajo	1,02	0,851 – 1,231	0,944
	Medio	1		
	Alto	1,05	0,720 – 1,541	
Nivel de ingresos	2 salarios mínimos o menos	1		0,732
	Más de 2 salarios mínimos	0,94	0,685 – 1,305	
Horas de trabajo	Menos de 7 horas	1		0,495

Variables		RP	IC 95%	Valor p	
		7 o más horas	0,825	0,475 – 1,434	
Profesión	Medico		1,05	0,804 – 1,392	0,906
	Jefe de enfermería		1		
	Auxiliar de enfermería		1,05	0,809 – 1,384	
Áreas de Trabajo	Consulta externa	Si	1,11	0,805 – 1,539	0,519
		No	1		
	Hospitalización	Si	1,49	0,893 – 2,516	0,124
		No	1		
	Urgencias	Si	1		0,093
		No	0,72	0,479 – 1,060	
	Otras áreas de trabajo	Si	1,08	0,700 – 1,450	0,967
		No	1		
Trabaja más horas durante la pandemia		Si	1		0,506
		No	0,89	0,650 – 1,237	
Antecedentes clínicos	Hipertensión arterial	Si	1,63	0,843 – 3,188	0,142
		No	1		
	Diabetes mellitus	Si	1		0,906
		No	0,923	0,245 – 3,472	
	EPOC	Si	1,15	0,072 – 18,56	0,919
		No	1		
	Obesidad	Si	1,21	0,772 – 1,917	0,398
		No	1		
	Otra enfermedad	Si	1,73	1,163 – 2,573	0,006
		No	1		
Covid-19	Si	1,331	0,962 – 1,84	0,084	
	No	1			
Diagnóstico de COVID-19 familiar o amigo		Si	1,64	0,887 – 3,034	0,112
		No	1		
Valoración previa por salud mental		Si	2,76	1,406 – 5,425	0,002
		No	1		
Consumo de tabaco		Si	1,05	0,626 – 1,782	0,837
		No	1		
Consumo de alcohol		Si	1,28	0,814 – 2,024	0,281
		No	1		

Al evaluar las variables sociodemográficas y clínicas estadísticamente significativas con presentar miedo al covid-19, se encuentra el sexo (valor p:0,009), antecedente clínico de otra enfermedad (valor p:0,006) y tener valoración previa por salud mental (valor p: 0,002).

Las mujeres tienen 1,74 veces (IC 95% 1,148 – 2,645) probabilidad de tener miedo al covid-19 en comparación con los hombres. Por otro lado, las personas con antecedente de otra enfermedad tienen 1,73 veces (IC 95% 1,163 – 2,573) probabilidad de presentar miedo al covid-19 en comparación con aquellos que no. Finalmente, la probabilidad de tener el evento en estudio en quienes fueron

valorados previamente por salud mental fue de 2,76 veces (IC95% 1,406 – 5,425) en contraste con los no valorados previamente.

8.5. ANÁLISIS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN

8.5.1. Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de depresión.

Tabla 7. Asociación de variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de depresión.

Variables		RP	IC 95%	Valor p	
Edad	Menor de 28 años	2,02	1,246 – 3,301	0,010	
	De 29 a 40 años	1			
	41 o más años	1,16	0,659 – 2,058		
Sexo	Femenino	1,06	0,572 – 1,978	0,845	
	Masculino	1			
Estado civil	Con pareja	1,26	0,776 – 2,062	0,344	
	Sin pareja	1			
Estrato socioeconómico	Bajo	1		0,034	
	Medio	2,00	1,162 – 3,453		
	Alto	1,72	0,610 – 4,848		
Nivel de ingresos	2 salarios mínimos o menos	1		0,188	
	Más de 2 salarios mínimos	0,72	0,442 – 1,175		
Horas de trabajo	Menos de 7 horas	1,18	0,539 – 2,621	0,669	
	7 o más horas	1			
Profesión	Medico	2,75	1,119 – 6,779	0,039	
	Jefe de enfermería	1			
	Auxiliar de enfermería	1,96	0,790 – 4,888		
Áreas de Trabajo	Consulta externa	Si	1,82	1,114 – 2,979	0,016
		No	1		
	Hospitalización	Si	1,15	0,545 – 2,445	0,707
		No	1		
	Urgencias	Si	1		0,242
		No	0,679	0,354 – 1,303	
	Otras áreas de trabajo	Si	1		0,186
		No	0,669	0,368 – 1,217	
Trabaja más horas durante la pandemia	Si	1,80	1,089 – 2,981	0,021	
	No	1			
Antecedentes clínicos	Hipertensión arterial	Si	1,076	0,406-2,849	0,883
		No	1		
	Diabetes mellitus	Si	1		0,906
		No	0,88	0,109 – 7,153	
	EPOC	No calculable		0,594	
	Obesidad	Si	1,59	0,858 – 2,957	0,138
		No	1		
	Otra enfermedad	Si	1,98	1,163 – 3,375	0,011
No		1			

Variables		RP	IC 95%	Valor p	
	Covid-19	Si	1,69	1,040 – 2,772	0,033
		No	1		
Diagnóstico de COVID-19 familiar o amigo		Si	1,60	0,560 – 4,611	0,373
		No	1		
Valoración previa por salud mental		Si	2,39	1,125 – 5,108	0,020
		No	1		
Consumo de tabaco		Si	2,51	1,327 – 4,770	0,004
		No	1		
Consumo de alcohol		Si	1,59	0,858 – 2,957	0,138
		No	1		
Miedo al Covid-19		Si	2,91	1,729 – 4,910	0,000
		No	1		

Con relación a las características sociodemográficas y la presencia de síntomas de depresión se observó que las variables que mostraron significancia estadística fueron: edad (valor p: 0,010), estrato socioeconómico (valor p: 0,034), profesión (valor p: 0,039), áreas de trabajo en consulta externa (valor p: 0,016), trabajar más durante la pandemia por covid-19 (valor p: 0,021), consumo de tabaco (valor p: 0,004), Adicional a esto, en cuanto a las variables clínicas asociadas con la presentación del evento se encontró: antecedentes clínicos de otras enfermedades (valor p: 0,011), haber padecido covid-19 (valor p: 0,033) así como la valoración previa por salud mental (valor p: 0,020) y tener miedo al covid-19 (valor p: 0,000). Se observó que las personas con edades menor de 28 años presentaron 2,02 veces (IC 95% 1,246 – 3,301) síntomas de depresión en comparación con las personas que se encontraban entre los 29 y 40 años; Los de 41 años o más presentaron 1,16 veces (IC 95% 0,659 – 2,058) síntomas de depresión en comparación con los de edades entre los 29 y 40 años, sin embargo, con un IC no significativo estadísticamente.

El personal de salud en estrato socioeconómico medio presenta 2 veces (IC 95% 1,162 – 3,453) síntomas de depresión en comparación con los de estrato socioeconómico bajo; los de estrato socioeconómico alto presentan 1,7 veces (IC 95% 0,610 – 4,848) estos síntomas si se comparan con el estrato socioeconómico bajo, con un IC no significativo estadísticamente.

Los médicos mostraron 2,75 veces (IC 95% 1,119 – 6,779) síntomas de depresión en comparación con los jefes de enfermería, de manera similar los auxiliares de enfermería presentaron 1,96 veces (IC 95% 0,790 – 4,888) probabilidad de presentar el evento con respecto al grupo comparador, sin embargo, con IC no significativo.

En lo concerniente al área de trabajo, solo consulta externa mostro significancia estadística, los trabajadores de salud de esta área presentaron 1,82 veces (IC 95% 1,114 – 2,979) síntomas de depresión en comparación con los que no trabajan en esta área. Además, en las personas que trabajaron más horas durante la pandemia por covid-19 se evidenció 1,80 veces (IC 95% 1,089 – 2,981) síntomas de depresión que aquellas que no lo hicieron. Por otro lado, las personas que manifestaron consumo de tabaco presentaron 2,51 (IC 95% 1,327 – 4,770) probabilidad de presentar el evento en contraste con las que no.

Dentro de los antecedentes clínicos, el personal de salud con antecedente de otras enfermedades diferentes a hipertensión arterial, diabetes tipo 2, EPOC y obesidad, presento 1,98 (IC 95% 1,163 – 3,375) síntomas de depresión en comparación con los que no. Los que tienen antecedente infección previa por covid-19 mostraron 1,69 (IC 95% 1,040 – 2,772) probabilidad de padecer síntomas depresivos en relación con los que no. Las personas con valoración previa por salud mental mostraron 2,39 veces (IC 95% 1,125 – 5,108) el evento en comparación con las que no tienen este antecedente y el personal de salud con miedo al covid-19 presento 2,91 (IC 95% 1,729 – 4,910) probabilidad de presentar el evento en comparación con los que no.

8.5.2. Variables que explican los Síntomas de Depresión en profesionales de la Salud

Al realizar el análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística binaria, las variables independientes que explican la presencia de síntomas de depresión en mayor medida son: miedo al covid-19, consumo de tabaco, y edad menor de 28

años; seguidas de estrato socioeconómico medio, diagnóstico de otra enfermedad, trabajar más horas durante la pandemia y trabajar en el área de consulta externa.

Las personas con miedo al covid-19 tienen 1,612 (IC 95% 1,616 – 4,222) más riesgo de presentar el evento con respecto a los que no padecen este miedo, aquellos que consumen tabaco tienen 1,473 (IC 95% 1,364 – 4,484) más riesgo de presentar síntomas de depresión con respecto a aquellos que no lo hacen, de manera similar, ser más joven, con edades hasta 28 años aumenta el riesgo en 1,264 (IC 95% 1,344 – 3,815). Tabla 8.

Tabla 8. Variables que explican los Síntomas de depresión.

Variables	B	Valor P	RP ajustado	IC 95%	
				Inferior	Superior
Edad menor de 28 años	0,958	0,002	2,264	1,344	3,815
Estrato socioeconómico medio	0,835	0,015	2,099	1,155	3,812
Trabajar en Consulta Externa	0,598	0,043	1,688	1,016	2,804
Trabajas más horas durante la pandemia por COVID-19	0,620	0,025	1,724	1,070	2,776
Diagnóstico de otra Enfermedad crónica	0,682	0,020	1,792	1,095	2,934
Consumo de tabaco	1,107	0,003	2,473	1,364	4,484
Miedo al covid-19	1,093	0,000	2,612	1,616	4,222

Al evaluar la bondad de ajuste del modelo, mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow, se evidencia que el modelo es perfecto, es decir, los valores observados son iguales a los valores esperados, con un p-valor de 0,174 (>0.05).

Además, con un R² de Nagelkerkeel de 0,177, lo que indica que las variables independientes explican los síntomas de depresión en 17,7%. Al hablar de los supuestos de colinealidad y de independencia de los errores encontramos que los VIF son menores que 2, lo que indica que no hay problema de multicolinealidad, con el estadístico de Durbin-Watson 2.063, se cumple el supuesto de que los errores son independientes.

8.6. ANALISIS SÍNTOMAS DE ANSIEDAD

8.6.1. Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de ansiedad.

Tabla 9. Asociación de variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de ansiedad.

Variables		RP	IC 95%	Valor p	
Edad	Menor de 28 años	1,72	1,230 – 2,414	0,003	
	De 29 a 40 años	1			
	41 o más años	1,05	0,709 – 1,571		
Sexo	Femenino	1,62	0,954 – 2,776	0,072	
	Masculino	1			
Estado civil	Con pareja	0,99	0,679 – 1,468	0,922	
	Sin pareja	1			
Estrato socioeconómico	Bajo	1		0,197	
	Medio	1,36	0,966 – 1,930		
	Alto	1,25	0,613 – 2,566		
Nivel de ingresos	2 salarios mínimos o menos	1		0,749	
	Más de 2 salarios mínimos	0,93	0,638 – 1,381		
Horas de trabajo	Menos de 7 horas	1,42	0,769 – 2,621	0,261	
	7 o más horas	1			
Profesión	Medico	1,63	0,942 – 2,827	0,190	
	Jefe de enfermería	1			
	Auxiliar de enfermería	1,48	0,862 – 2,569		
Áreas de Trabajo	Consulta externa	Si	1,41	0,960 – 2,080	0,079
		No	1		
	Hospitalización	Si	1		0,879
		No	0,95	0,510 – 1,781	
	Urgencias	Si	1		0,041
		No	0,58	0,346 – 0,983	
Otras áreas de trabajo	Si	1,13	0,738 – 1,742	0,566	
	No	1			
Trabaja más horas durante la pandemia	Si	1,90	1,279 – 2,827	0,001	
	No	1			
Antecedentes clínicos	Hipertensión arterial	Si	1,08	0,505 – 2,361	0,830
		No	1		
	Diabetes mellitus	Si	1,76	0,435 – 7,140	0,422
		No	1		
	EPOC	Si	3,50	0,218 – 56,45	0,345
		No	1		
	Obesidad	Si	2,08	1,271 – 3,402	0,003
		No	1		
	Otra enfermedad	Si	2,30	1,494 – 3,551	0,000
		No	1		
	Covid-19	Si	1,51	1,028 – 2,229	0,035
		No	1		
	Si	2,10	0,875 – 5,069	0,90	

Variables		RP	IC 95%	Valor p
Diagnóstico de COVID-19 familiar o amigo	No	1		
Valoración previa por salud mental	Si	2,30	1,196 – 4,436	0,11
	No	1		
Consumo de tabaco	Si	2,39	1,384 – 4,160	0,001
	No	1		
Consumo de alcohol	Si	2,08	1,271 – 3,402	0,003
	No	1		
Miedo al covid-19	Si	2,97	1,979 – 4,457	0,000
	No	1		

Al analizar aquellas variables sociodemográficas y clínicas que tienen asociación estadísticamente significativa con presentar síntomas de ansiedad, se encuentren edad (valor p: 0,003), trabajar en el área de urgencias (valor p:0,041), trabajar más horas durante la pandemia (valor p: 0,001) consumo de tabaco (valor p: 0,001) y consumo de alcohol (valor p: 0,003). Con respecto a las variables clínicas asociadas al evento en estudio se evidenció: el tener antecedente de obesidad (valor p: 0,003), diagnóstico previo de otra enfermedad (valor p: 0,000), haber padecido infección previa por Covid-19 (valor p:0,035) y miedo al covid-19 (valor p:0,000).

Con respecto a la edad, menor de 28 años tiene la probabilidad de 1,72 veces (IC 95% 1,230 – 2,414) de presentar síntomas de ansiedad en comparación con aquellos entre 29 y 40 años, tener edad de 41 años o más tiene 1,05 (IC 95% 0,709 – 1,571) probabilidad de presentar síntomas de ansiedad sin embargo con IC no estadísticamente significativo. Las personas que no trabajan en el servicio de urgencias presentaron 0,42 menos (IC 95% 0,346 – 0,983) probabilidad de síntomas de ansiedad en comparación con aquellos que si trabajan en esta área.

El personal de salud que manifestó trabajar más horas durante la pandemia tiene 1,90 veces (IC 95% 1,279 – 2,827) síntomas de ansiedad en comparación con aquellos que no lo hicieron. Además, en las personas que consumen tabaco se observó 2,39 veces (IC 95% 1,384 – 4,160) síntomas de ansiedad y en las que consumían alcohol 2,08 veces (IC 95% 1,271 – 3,402) estos síntomas en comparación que aquellos que no.

Al evaluar los antecedentes clínicos, ser diagnosticado con obesidad tiene 2,08 veces (IC 95% 1,271 – 3,402) probabilidad de presentar síntomas de ansiedad que en aquellos que no tienen este antecedente y el tener diagnóstico de otra enfermedad diferente a hipertensión arterial, diabetes tipo2, EPOC y obesidad tienen 2,30 veces (IC 95% 1,494 – 3,551) probabilidad de presentar el evento en comparación con aquellos que no. Quienes fueron diagnosticados con covid-19 tienen 1,51 veces (IC 95% 1,028 – 2,229) síntomas de ansiedad que aquellos no fueron diagnosticados con esta enfermedad. Por último, las personas con miedo al covid-19 tiene 2,97 veces (IC95% 1,979-4,457) probabilidad de presentar el evento en contraste con aquellos que no.

8.6.2. Variables que explican los Síntomas de Ansiedad en profesionales de la Salud

Al realizar el análisis multivariado, se observa que variables como miedo al covid-19, edad menor de 28 años, diagnóstico de otra enfermedad, consumo de tabaco , aportan más al modelo para explicar los síntomas de ansiedad, seguido de trabajar más horas durante la pandemia por covid-19 y ser obeso; es decir, las personas con miedo al covid-19 tienen 1,357 (IC 95% 1,690 – 3,287) más riesgo de presentar síntomas de ansiedad que aquellas que no tienen miedo al covid-19; las personas con edades hasta los 28 años tienen 0,872 (IC 95% 1,304 – 2,687) más riesgo de padecer síntomas de ansiedad en comparación con grupos etarios de 29 a 40 años, de manera similar las personas con diagnóstico de otra enfermedad diferente a hipertensión , diabetes, obesidad , EPOC tienen 0,861 (IC 95% 1,315 – 2,635) más riesgo de presentar el evento con respecto a quienes no tienen este antecedente, finalmente, el personal de salud que consume tabaco tiene 0,741 (IC 95% 1,130 – 2,683) más riesgo de presentar síntomas de ansiedad que aquellas que no lo hacen.

Tabla 10.

Tabla 10. Variables que explican los Síntomas de Ansiedad.

Variables	B	Valor P	RP ajustado	IC 95%	
				Inferior	Superior
Edad menor de 28 años	0,848	0,001	1,872	1,304	2,687
Trabajar más horas durante la pandemia por covid-19	0,632	0,004	1,640	1,172	2,294
Obesidad	0,667	0,014	1,635	1,105	2,418
Diagnóstico de otra enfermedad	0,845	0,000	1,861	1,315	2,635
Consumo de tabaco	0,765	0,012	1,741	1,130	2,683
Miedo al covid-19	1,102	0,000	2,357	1,690	3,287

Al evaluar la bondad de ajuste del modelo, mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow, se evidencia que el modelo es perfecto, es decir, los valores observados son iguales a los valores esperados, con un p-valor de 0,886 (>0.05). Además, el R^2 de Nagelkerke de 0,185 indica que las variables independientes explican los síntomas de ansiedad en un 18.5%.

Al evaluar los supuestos de colinealidad y de independencia de los errores encontramos que los VIF son menores que 2, lo que indica que no hay problema de multicolinealidad, y con el estadístico de Durbin-Watson 2.079, se comprueba que los errores son independientes.

8.7. ANALISIS SINTOMAS DE DESGASTE PROFESIONAL

8.7.1. Relación de las variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de desgaste profesional.

Tabla 11. Asociación de variables sociodemográficas y clínicas con Síntomas de desgaste profesional.

Variables		RP	IC 95%	Valor p
Edad	Menor de 28 años	2,43	0,641 – 9,259	0,336
	De 29 a 40 años	1,38	0,363 – 5,287	
	41 o más años	1		
Sexo	Femenino	1		0,693
	Masculino	0,79	0,254 – 2,484	
Estado civil	Con pareja	2,57	0,895 – 7,392	0,070
	Sin pareja	1		

Variables		RP	IC 95%	Valor p	
Estrato socioeconómico	Bajo	No calculable	-----	0,011	
	Medio	1,35	0,185 – 9,881		
	Alto	1			
Nivel de ingresos	2 salarios mínimos o menos	1		0,001	
	Más de 2 salarios mínimos	0,112	0,025 – 0,495		
Horas de trabajo	Menos de 7 horas	3,04	0,960 – 9,681	0,047	
	7 o más horas	1			
Profesión	Medico	8,48	1,948 – 36,95	0,000	
	Jefe de enfermería	1,62	0,149 – 17,73		
	Auxiliar de enfermería	1			
Áreas de Trabajo	Consulta externa	Si	4,35	1,402 – 13,50	0,006
		No	1		
	Hospitalización	Si	1		0,501
		No	0,50	0,066 – 3,863	
	Urgencias	Si	1,13	0,363 – 3,531	0,831
		No	1		
Otras áreas de trabajo	Si	1		0,050	
	No	0,16	0,022 – 1,269		
Trabaja más horas durante la pandemia	Si	7,55	1,712 – 33,32	0,002	
	No	1			
Antecedentes clínicos	Hipertensión arterial	No calculable		0,275	
	Diabetes mellitus	No calculable		0,605	
	EPOC	No calculable		0,808	
	Obesidad	Si	1		0,303
		No	0,35	0,047 – 2,742	
	Otra enfermedad	Si	3,48	1,315 – 9,214	0,008
		No	1		
Covid-19	Si	1,14	0,434 – 2,999	0,789	
	No	1			
Diagnóstico de COVID-19 familiar o amigo	No calculable			0,216	
Valoración previa por salud mental	Si	2,97	0,819 – 10,78	0,083	
	No	1			
Consumo de tabaco	Si	1,85	0,519 – 6,648	0,334	
	No	1			
Consumo de alcohol	Si	4,375	1,619 – 11,82	0,002	
	No	1			
Miedo al covid-19	Si	2,164	0,790-5,930	0,125	
	No	1			

Al analizar la relación entre las características sociodemográficas y la presencia de síntomas de desgaste profesional se observa que las variables que mostraron significancia estadística fueron: estrato socioeconómico (valor p: 0,011), nivel de ingresos (valor p: 0,001), horas de trabajo (valor p: 0,047), profesión (valor p: 0,000), áreas de trabajo en consulta externa (valor p: 0,006) y otras áreas de trabajo (valor

p: 0,050), trabajar más durante la pandemia por covid-19 (valor p: 0,002), consumo de alcohol (valor p: 0,002), Adicional a esto, las variables clínicas asociadas con la presencia de síntomas de desgaste profesional fueron: antecedentes clínicos de otras enfermedades (valor p: 0,008).

Se observó que el personal de salud en estrato socioeconómico medio presenta 1,35 veces (IC 95% 0,185 – 9,881) síntomas de desgaste profesional en comparación con los de estrato socioeconómico alto, con un IC no significativo, además con RP no calculable en estrato socioeconómico bajo por ausencia de personas con síntomas de desgaste profesional en este estrato. De forma contraria, las personas con ingresos mayores a 2 SMLV mostraron 0.88 menos (IC 95% 0,025 – 0,495) síntomas de desgaste profesional en comparación con las personas con ingresos menores a estos.

El personal de salud a estudio que trabaja menos de 7 horas presenta 3,04 (IC 95% 0,960 – 9,681) síntomas de desgaste profesional en comparación con los que trabajan 7 o más horas, sin embargo, con un IC no significativo estadísticamente. Los médicos mostraron 8,48 veces (IC 95% 1,948 – 36,95) síntomas de desgaste profesional en comparación con los auxiliares de enfermería, de igual forma los jefes de enfermería presentaron 1,62 veces (IC 95% 0,149 – 17,73) probabilidad de presentar el evento en contraste con el grupo comparador, sin embargo, con IC no significativo.

En relación con el área de trabajo, los trabajadores de salud que desempeñaban su labor en consulta externa presentaron 4,35 veces (IC 95% 1,402 – 13,50) síntomas de desgaste profesional en comparación con los que no trabajan en esta área. Por el contrario, los que no trabajaban en otras áreas mostraron 0.84 menos probabilidad del evento en mención.

Además, en las personas que mencionaron trabajar más horas durante la pandemia por covid-19 que en años anteriores se evidenció 7,55 veces (IC 95% 1,712 – 33,32)

síntomas de desgaste profesional que aquellas que no lo hicieron. Del mismo modo, en las personas que consumían alcohol se evidenció 4,375 (IC 95% 1,619 – 11,82) veces el evento de interés en comparación con los que no consumían alcohol.

Dentro de los antecedentes clínicos, el personal de salud con antecedente de otras enfermedades presento 3,48 (IC 95% 1,315 – 9,214) síntomas de desgaste profesional en comparación con los que no tenían este antecedente.

8.7.2. Variables que explican los Síntomas de desgaste profesional en profesionales de la salud.

Al realizar el ajuste de las variables que aportan a la presencia de síntomas de síndrome de desgaste profesional se encuentran: nivel de ingresos mayor a 2 salarios mínimos, trabajar más horas durante la pandemia y diagnóstico de otra enfermedad diferente a hipertensión arterial, diabetes tipo 2, EPOC y obesidad.

En este orden de ideas, niveles de ingresos mayores a 2 salarios mínimos aumenta el riesgo en 8.507 (IC 95% 2,198 – 41,115) más de padecer síntomas de desgaste profesional, trabajar más horas durante la pandemia aumenta el riesgo en 7,887 (IC 95% 2,054 – 38,447) más de padecer síntomas de desgaste profesional en comparación con aquellos que no trabajan largas jornadas. De manera similar, tener diagnóstico de otra enfermedad diferentes a las estudiadas principalmente aumenta el riesgo en 2,495 (IC 95% 1,315 – 9,289) más en contraste a no tener este antecedente. Tabla 12.

Tabla 12. Variables que explican los Síntomas de desgaste profesional.

Variables	B	Valor P	RP ajustado	IC 95%	
				Inferior	Superior
Nivel de ingresos mayor a 2 salarios mínimos	2,305	0,003	9,507	2,198	41,115
Trabajar más durante la pandemia por covid-19	2,242	0,003	8,887	2,054	38,447
Diagnóstico de otra enfermedad	1,301	0,012	3,495	1,315	9,289

Al evaluar la bondad de ajuste del modelo, mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow, se evidencia que el modelo es perfecto, es decir, los valores observados son iguales a los valores esperados, con un p-valor de 0,861 (>0.05).

Además, con un R^2 de Nagelkerkeel de 0,228, se encuentra que las variables independientes explican los síntomas de desgaste profesional en un 22,8%.

Cuando se evalúan los supuestos de colinealidad y de independencia de los errores se encuentra que los VIF son menores que 2, lo que indica que no hay problema de multicolinealidad, y con el estadístico de Durbin-Watson 2.091 se comprueba que los errores son independientes.

9. DISCUSIÓN

La pandemia por covid-19 sin duda ha sido una situación sin precedentes, que ha afectado a toda la población en general, tanto física como mentalmente. El personal de salud juega un papel importante en esta coyuntura y es evidente su afectación en la esfera mental, como se ha demostrado en diversos estudios realizados desde el inicio de la pandemia en el año 2020(64).

Es de especial interés ver como ser más joven se relaciona con mayor predisposición para presentar síntomas depresivos y ansiosos, posiblemente relacionado con menor experiencia y preparación para sobrellevar situaciones estresantes(65). Tener enfermedades preexistentes sumado con el miedo al covid-19 es considerado como factor de riesgo para complicaciones o severidad de la enfermedad por covid-19, lo cual genera a su vez mayor riesgo de presentar ansiedad y depresión. Tener ingresos mayores a 2 salarios mínimos está asociado a la presencia de síntomas de desgaste profesional, esto quizás relacionado a que el personal de salud con mayores ingresos son los médicos y ellos al tener mayor conocimiento de la enfermedad y mayor responsabilidad medicolegal pueden estar más afectados. El consumo de tabaco también fue un factor común para desarrollar síntomas de ansiedad y depresión, sin embargo, no es posible establecer causalidad, pero estos datos son coherentes con el informe de consumo de drogas en cuarentena realizado en Colombia, publicado en 2020 donde el 11% de los encuestados reporto consumir cigarrillo y el 8% de estos, habían consumido tabaco por primera vez durante la pandemia(24). De igual forma, trabajar más durante la pandemia fue una variable que se relacionó con la presencia de síntomas de ansiedad, síntomas de depresión y síntomas de desgaste profesional, que podría explicarse con la mayor carga laboral, incremento del número de enfermos, colapso de los servicios de salud y menor sentimiento de satisfacción(66).

Bedoya et al encontraron una prevalencia de ansiedad fue del 15,2% y de depresión de 18,3% en trabajadores de la salud en Antioquia, síntomas que estaban

particularmente asociados con la edad, el cambio de vivienda para no exponer a familiares y el antecedente de trastorno depresivo y ansiosos(44).

La prevalencia de estos síntomas de enfermedad mental, son consistentes con estudios precedentes, como el realizado por el grupo de investigación de salud mental de la universidad CES en Julio de 2020, sobre el diagnóstico de salud mental en el personal de atención de salud en Colombia en el contexto de pandemia por COVID-19, donde la prevalencia de trastorno de ansiedad fue de 33,3%, depresión 23,6%, trastorno del sueño 11,6%, siendo los médicos el grupo más afectado(41). No obstante, con una ligera reducción en la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión probablemente explicado por la realización de este estudio 2 años después del inicio de la pandemia y en un momento de meseta de la enfermedad.

En el estudio de factores asociados con los resultados de salud mental entre los trabajadores de la salud expuestos a la enfermedad por covid-19, realizado por Lai J et al en enero de 2020 en Wuhan-China, evaluaron síntomas de depresión con PHQ-9 , ansiedad con GAD-7, obteniendo que el 50,4% presentaron síntomas de depresión, 44,6% de ansiedad, siendo el personal de salud de primera línea con más factores de riesgo para desarrollar síntomas de una enfermedad mental, además evaluaron otras variables importantes en salud mental como insomnio por medio de la escala ISI, con una prevalencia de 34% y angustia con IES reportando 71,5%. Aun cuando, este estudio es realizado en población china quienes tienen diferentes características sociodemográficas, en contraste con la población colombiana, no es indiferente que el personal de salud tiene una puntuación elevada con respecto a síntomas de depresión seguido de ansiedad, lo cual se identificó en el presente estudio(25).

Otro estudio transversal importante, hace parte del proyecto DISEU (Dinámicas Psicosociales Universitarias) realizado en abril 2020, en el cual estimó la frecuencia de percepción de discriminación, además la asociación con estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales en Colombia, por medio del

Cuestionario de Problemas Psico-somáticos, GAD 7, FCV-19S. En este estudio participaron 531 médicos de las diferentes ciudades del país, obteniendo que más del 70% tenía angustia en el trabajo por temor a ser foco de contagio para sus familiares o infectarse de COVID-19, el 73% no se encontraba satisfecho con su labor, más del 30% expresaron estrés laboral medio alto, el 39% informaron tener percepción de discriminación, y en este grupo fue mayor la presencia de miedo a COVID-19, Ansiedad y estrés en el trabajo, La ansiedad fue más frecuente en profesionales con percepción de discriminación y se observó ansiedad moderada/severa en 40 % de los médicos(42).

Finalmente en el estudio observacional de tipo transversal, realizado en una IPS de la ciudad de Medellín en 2021, se determinó la presencia de síndrome de desgaste profesional causado por la pandemia de Covid-19 en los trabajadores del área de la salud por medio del instrumento MBI-HSS, donde se obtuvo que el 36% de los participantes sienten agotamiento emocional por trabajar con pacientes o usuarios con COVID-19(40), en contraste con los datos de este estudio, donde se evidencio una menor prevalencia de desgaste profesional que correspondió al 2.8%, que podría explicarse por varios factores como el momento en realización de la encuesta, distribución heterogénea de las áreas de trabajo y profesiones.

No obstante, se deben tener en cuenta algunas limitaciones al interpretar los hallazgos de esta investigación, al ser un estudio de tipo transversal la percepción y la presencia de síntomas depresivos, ansiosos, y desgaste profesional pudieron cambiar en el tiempo. Por las características metodológicas de este estudio, estos hallazgos tienen carácter exploratorio cuya posible relación causal debe ser explorada más adelante. Además, no fue posible cumplir con el tamaño mínimo muestral considerado inicialmente, dado que al aplicar los criterios de elegibilidad se excluyeron participantes en el análisis estadístico, por lo cual los resultados no podrían generalizarse y se pudo incurrir en sesgo de selección.

Es evidente que se requiere implementar estrategias para el cuidado de la salud mental del personal sanitario; a nivel individual, familiar, social y laboral. Expertos en investigación pertenecientes a la Asociación Mundial de Psiquiatría, recomiendan poner en práctica medidas como: apoyo psicológico, equipo de protección personal adecuada, vida espiritual y religiosa, apoyo de los compañeros, apoyo financiero, entre otras(21). De manera similar, existen una recomendaciones de expertos avaladas por la Sociedad Colombiana de Psiquiatría y el Colegio Colombiano de Psicólogos en la cual se propone mantener en la medida de lo posible los hábitos alimentarios y de sueño, realizar ejercicios diarios de respiración y atención focalizada antes de iniciar y al finalizar las actividades asistenciales, mantener un contacto cercano a través de videollamadas semanales u otros canales virtuales que permitan la comunicación verbal y no verbal con la familia(67).

Es importante recordar que son personas con necesidades, sueños y metas por cumplir, muchos de ellos expuestos por primera vez a una pandemia y todo lo que ello implica, donde tuvieron que afrontar las pérdidas de pacientes, colegas, familiares y amigos, por lo cual se requiere velar por su salud mental, entendiendo que lo primordial en el ser humano es su bienestar tanto físico como mental.

10. CONCLUSIONES

La pandemia por covid-19 origino múltiples desenlaces en la salud física y mental en el personal de salud, de acuerdo con los datos obtenidos de la IPS donde se obtuvo que, en esta muestra la prevaecía de síntomas de depresión fue 12.4%, síntomas de ansiedad 22.3%, síntomas de síndrome de desgaste profesional 2.8% y miedo al covid-19 46.4%, con mayor afectación en los médicos y en el género femenino. Datos que demuestran que incluso dos años después del inicio de la pandemia, aun se siguen observando síntomas de salud mental relacionados con el covid-19.

Además, los factores que explican la presencia de síntomas de depresión fueron: miedo al covid-19, consumo de tabaco, edad menor a 28 años, estrato socioeconómico medio, diagnóstico de otra enfermedad (diferente a HTA, DM, EPOC y obesidad), trabajar más horas durante la pandemia y trabajar en el área de consulta externa. Para síntomas de ansiedad los factores asociados fueron: miedo al covid-19, edad menor a 28 años, diagnóstico de otra enfermedad, consumo de tabaco, trabajar más horas durante la pandemia por covid-19 y ser obeso. Los síntomas de desgaste profesional se encontraron asociados con: nivel de ingresos mayor a 2 salarios mínimos, trabajar más horas durante la pandemia y diagnóstico de otra enfermedad.

11. BIBLIOGRAFIA

1. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. marzo de 2020;579(7798):265-9.
2. Cronología de la respuesta de la OMS a la COVID-19 [Internet]. [citado 19 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/29-06-2020-covidtimeline>
3. Colombia confirma su primer caso de COVID-19 [Internet]. [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-confirma-su-primer-caso-de-COVID-19.aspx>
4. COVID-19 Map [Internet]. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. [citado 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
5. Goyal P, Choi JJ, Pinheiro LC, Schenck EJ, Chen R, Jabri A, et al. Clinical Characteristics of Covid-19 in New York City. *N Engl J Med* [Internet]. 17 de abril de 2020 [citado 20 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7182018/>
6. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet Lond Engl*. 2020;395(10223):497-506.
7. Zayet S, Kadiane-Oussou NJ, Lepiller Q, Zahra H, Royer PY, Toko L, et al. Clinical features of COVID-19 and influenza: a comparative study on Nord Franche-Comte cluster. *Microbes Infect*. octubre de 2020;22(9):481-8.
8. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance — United States, January 22– May 30, 2020 [Internet]. [citado 20 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7302472/>

9. Ellinghaus D, Degenhardt F, Bujanda L, Buti M, Albillos A, Invernizzi P, et al. Genomewide Association Study of Severe Covid-19 with Respiratory Failure. *N Engl J Med* [Internet]. 17 de junio de 2020 [citado 20 de abril de 2021]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315890/>
10. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*. 6 de agosto de 2020;383(6):510-2.
11. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, et al. Mental health outcomes of the covid-19 pandemic. *Riv Psichiatr*. 1 de mayo de 2020;55(3):137-44.
12. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. Vol. 66, *International Journal of Social Psychiatry*. SAGE Publications Ltd; 2020. p. 317-20.
13. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Vol. 89, *Brain, Behavior, and Immunity*. Academic Press Inc.; 2020. p. 531-42.
14. Walton M, Murray E, Christian MD. Atención de salud mental para el personal médico y los trabajadores de la salud afiliados durante la pandemia de COVID-19. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*. 1 de abril de 2020;9(3):241-7.
15. Kushwaha S. Stress Management At Workplace. Number 5. 2014;6:469-72.
16. Científica (SIIC) SI de I. EL <I>BURNOUT</I>EN PROFESIONALES DE LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 [Internet]. [citado 29 de abril de 2021]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/resiiccompleto.php/164588>
17. Gonzalez-Diaz JM, Lozano-Lesmes L, Campo-Arias A. Comment on "Mental health: why it still matters in the midst of a pandemic". *Braz J Psychiatry*. 20 de mayo de 2020;42:451-451.

18. Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental [Internet]. [citado 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42897>
19. Gómez-Restrepo C. La Encuesta Nacional de Salud Mental–ENSM 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 1 de diciembre de 2016;45:1.
20. Danet Danet A. Impacto psicológico de la COVID-19 en profesionales sanitarios de primera línea en el ámbito occidental. Una revisión sistemática. Med Clin (Barc). 7 de mayo de 2021;156(9):449-58.
21. Karaliuniene R, Nagendrappa S, Jatchavala C, Ojeahere MI, Ullah I, Bytyçi DG, et al. Support the frontliners – good initiatives during the COVID-19 pandemic for healthcare workers across the world: is this what we really need? BJPsych Int. 3 de marzo de 2022;1-4.
22. Taylor S, Landry CA, Rachor GS, Paluszek MM, Asmundson GJG. Fear and avoidance of healthcare workers: An important, under-recognized form of stigmatization during the COVID-19 pandemic. J Anxiety Disord. octubre de 2020;75:102289.
23. Ramalho R, Adiukwu F, Gashi Bytyçi D, El Hayek S, Gonzalez-Diaz JM, Larnaout A, et al. Alcohol and Tobacco Use During the COVID-19 Pandemic. A Call for Local Actions for Global Impact. Front Psychiatry [Internet]. 2021 [citado 22 de septiembre de 2022];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.634254>
24. Échele Cabeza. Informe Sobre el Consumo de Drogas en Cuarentena. Así se Adapta el Consumo y tráfico de Drogas en la Pandemia . [Internet]. [citado 22 de septiembre de 2022]. Disponible en: http://www.echelecabeza.com/wp-content/uploads/2020/04/informedrugscuarentena-3_compressed.pdf
25. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus

- Disease 2019. JAMA Netw Open [Internet]. 23 de marzo de 2020 [citado 19 de abril de 2021];3(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090843/>
26. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. Brain Behav Immun. agosto de 2020;88:916-9.
 27. OMS | Salud mental [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/
 28. Ley_1616_2013.pdf [Internet]. [citado 5 de junio de 2021]. Disponible en: https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1616_2013.pdf
 29. Medrano J. DSM-5, un año después. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría. 2014;34(124):655-62.
 30. OMS | Depresión [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 2 de junio de 2021]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
 31. NIMH » Depression [Internet]. [citado 2 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/>
 32. Lapeira JMT, Hidalgo JLT, Gras CB, Ferrer AV, Martínez IP, Rayo SM. REVISIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS. :9.
 33. Kaplan y Sadock. Manual de psiquiatría clínica, Cap. 21. [Internet]. [citado 3 de junio de 2021]. Disponible en: <https://user-biackli.cld.bz/Kaplan-y-Sadock-Manual-de-psiquiatria-clinica-Cap-21>
 34. Orozco WN, Baldares MJV. TRASTORNOS DE ANSIEDAD: REVISIÓN DIRIGIDA PARA ATENCIÓN PRIMARIA. :11.

35. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med Leg Costa Rica. marzo de 2015;32(1):119-24.
36. Gil-Monte PR. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. An Psicol. 1999;8.
37. Palmer-Morales LY. Prevalencia del Síndrome de Agotamiento Profesional en médicos anesthesiólogos de la ciudad de Mexicali. :3.
38. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet. 6 de noviembre de 2021;398(10312):1700-12.
39. Orozco LG, Goyes NAO, Salcedo DRN, Cano JRM, Yametti FIC, Boyx GG, et al. Riesgos psicosociales y estrés laboral en el personal de salud Hospital Básico “Asdrúbal De la Torre”- 2020: U Investiga. 31 de diciembre de 2020;7(2):53-67-53-67.
40. Cossio IYC, Arroyave JML. SINDROME DE BURNOUT EN TRABAJADORES DE LA SALUD A CAUSA DEL COVID -19 EN MEDELLIN, COLOMBIA. :18.
41. Yolanda Torres de Galvis, Gloria María Sierra Hincapié, Carolina Salas Zapata, José Bareño Silva. Grupo de Investigación en Salud Mental. Universidad CES. SALUD MENTAL DEL PERSONAL DE SALUD EN COLOMBIA E EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19 /ANALES DE LA ACADEMIA DE MEDICINA DE MEDELLÍN. junio de 2022;11.
42. Monterrosa A de J, González-Sequeda A, Beltrán-Barrios T. Prevalencia y factores asociados a percepción de discriminación en médicos generales colombianos durante la pandemia del COVID-19. Salud Uninorte [Internet]. 5 de octubre de 2020 [citado 5 de junio de 2021];36(1). Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/13191>

43. Restrepo-Martínez M, Escobar M, Marín LA, Restrepo D. Prevalencia y características clínicas de los síntomas depresivos y ansiosos de los trabajadores de una institución de salud en Medellín durante la pandemia por COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr.* marzo de 2021;S0034745021000378.
44. Bedoya Giraldo JD, Pulido Ángel J, García Valencia J, Aguirre Acevedo DC, Cardeño Castro CA. Factores asociados con la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos en personal de salud de dos centros de referencia para la atención de pacientes con COVID-19 de Antioquia, Colombia. Un análisis de clases latentes. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet].* 13 de octubre de 2021 [citado 5 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8511653/>
45. Universidad CES [Internet]. Universidad CES. [citado 17 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ces.edu.co/noticia%20s/el-40-del-personal-de-saluden-colombia-padece-trastornospor-la-pandemia-cesism/>
46. Aguilar-Barojas S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *agosto de 2005;11(1-2):333-8.*
47. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. *J Gen Intern Med.* 1 de septiembre de 2001;16(9):606-13.
48. Kroenke K. Enhancing the clinical utility of depression screening. *CMAJ.* 21 de febrero de 2012;184(3):281-2.
49. Levis B, Benedetti A, Thombs BD, DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) for screening to detect major depression: individual participant data meta-analysis. *BMJ.* 9 de abril de 2019;365:l1476.
50. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental

- disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med.* agosto de 2001;63(4):679-86.
51. Baader M T, Molina F JL, Venezian B S, Rojas C C, Farías S R, Fierro-Freixenet C, et al. Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* marzo de 2012;50(1):10-22.
 52. Cassiani-Miranda CA, Cuadros-Cruz AK, Torres-Pinzón H, Scoppetta O, Pinzón-Tarrazona JH, López-Fuentes WY, et al. Validez del Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) para cribado de depresión en adultos usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga, Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr.* enero de 2021;50(1):11-21.
 53. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med.* 22 de mayo de 2006;166(10):1092.
 54. González-Rivera JA, Santiago-Olmo KL, Cruz-Rodríguez AS, Pérez-Ojeda R, Torres-Cuevas H. Desarrollo y Validación de la Escala de Ansiedad por Enfermedad en Puerto Rico. *Rev Caribeña Psicol.* 1 de enero de 2020;36-44.
 55. Bártolo A, Monteiro S, Pereira A. La estructura del factor y la validez de constructo del Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) entre los estudiantes universitarios en Portugal. *Cad Saúde Pública [Internet].* 2017 [citado 23 de mayo de 2021];33(9). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2017000904002&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 56. Beard C, Björgvinsson T. Beyond generalized anxiety disorder: psychometric properties of the GAD-7 in a heterogeneous psychiatric sample. *J Anxiety Disord.* agosto de 2014;28(6):547-52.

57. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 20 de enero de 2010;8:8.
58. Monterrosa-Castro Á, Buelvas-de-la-Rosa C, Ordosgoitia-Parra E. Probable trastorno de ansiedad generalizada en la pandemia COVID-19: valoración en médicos generales del Caribe colombiano. *Duazary*. 7 de enero de 2021;18(1):7-19.
59. Jaggi F. *Burnout - praxisnah: 2 Tabellen*. Georg Thieme Verlag; 2008. 54 p.
60. Dávila FA, Nevado N. Validación de Burnout screening inventory en personal de formación del área de la salud. *Educ Médica*. 1 de octubre de 2016;17(4):158-63.
61. Furman H, Griffiths MD, Pakpour AH, Simkin H. Evidence of Validity of the The Fear of COVID-19 Scale (FCV-19S) in the argentinian context. {PSOCIAL}. 2020;6(2):99-110.
62. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict [Internet]*. 22 de junio de 2020 [citado 24 de mayo de 2021]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
63. Schiaffino A, Rodríguez M, Pasarín MI, Regidor E, Borrell C, Fernández E. ¿Odds ratio o razón de proporciones? Su utilización en estudios transversales. *Gac Sanit*. 1 de enero de 2003;17(1):70-4.
64. Espinoza-Ascurra G, Gonzales-Graus I, Meléndez-Marón M, Cabrera R. Prevalencia y Factores Asociados con Depresión en Personal de Salud Durante la Pandemia de SARS-CoV-2 en el Departamento de Piura, Perú. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 15 de diciembre de 2021 [citado 19 de noviembre

de 2022]; Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021001797>

65. Soto-Añari M, Rivera-Fernández C, Ramos-Vargas L, Denegri-Solis L, Herrera-Pino J, Camargo L, et al. Prevalencia y Factores Asociados con las Quejas Cognitivas Subjetivas del Personal Sanitario Latinoamericano Durante la Pandemia de COVID-19. *Rev Colomb Psiquiatr [Internet]*. 6 de septiembre de 2022 [citado 20 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745022000907>
66. Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res*. 1 de agosto de 2020;290:113130.
67. Cantor-Cruz F, McDouall-Lombana J, Parra A, Martin-Benito L, Quesada NP, González-Giraldo C, et al. Mental health care of health workers during Covid-19: Recommendations based on evidence and expert consensus. *Rev Colomb Psiquiatr Engl Ed*. 1 de julio de 2021;50(3):225-31.

ANEXOS

MATRIZ DE CODIFICACIÓN DE VARIABLES

Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	POSIBLES VALORES /OPCIONES DE RESPUESTA	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Edad en el momento del estudio	Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Cuantitativa (continua)	Razón	Edad en años cumplidos	Independiente
Sexo	Término para designar un sustantivo (persona, animal u objeto) como masculino, femenino.	Catagórica (dicotómica)	Nominal	1.Femenino 2.Masculino	Independiente
Estado civil	Constituido por un conjunto de situaciones jurídicas que relacionan a cada persona con la familia de donde proviene, o con la familia que ha formado, y con ciertos hechos fundamentales de la misma personalidad.	Catagórica (politómica)	Nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Unión libre 4.Viudo 5.Divorciado/separado	Independiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	POSIBLES VALORES /OPCIONES DE RESPUESTA	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Estrato socioeconómico	Clasificación del inmueble residencial que deben recibir servicios públicos en donde vive el paciente	Categórica (politómica)	Ordinal	1 2 3 4 5 6	Independiente
Nivel de ingresos	Ingresos monetarios en pesos por su actividad laboral. Salario mínimo año 2022: \$ 1.000.000	Categórica (politómica)	Ordinal	1.Menos que un salario mínimo 2.De 1 a 2 salarios mínimos 3. De 3 a 4 salarios mínimos 4. 5 salarios mínimos o más	Independiente
Horas de trabajo diario	Cuántas horas trabaja al día.	Cuantitativa (discreta)	Razón	0 - 24 horas	Independiente
Profesión	Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución	Categórica (politómica)	Nominal	1.Médico 2.Jefe de enfermería 3.Auxiliar de Enfermería	Independiente
Área de Trabajo	Lugar donde desempeña su trabajo	Categórica (politómica)	Nominal	1.Consulta externa 2.Hospitalización 3.Urgencias	Independiente
Trabaja más horas durante la pandemia por COVID -19 (2020) respecto a años anteriores	Incremento de horas laboradas	Categórica (dicotómica)	Nominal	1.Si 2.No	Independiente

VARIABLES CLÍNICAS Y SALUD MENTAL

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	POSIBLES VALORES / OPCIONES DE RESPUESTA	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Diagnóstico de hipertensión arterial	Le han diagnosticado hipertensión arterial previamente	Catagórica (dicotómica)	Nominal	1.Si 2.No	Independiente
Diagnóstico de Diabetes mellitus	Le han diagnosticado diabetes mellitus previamente	Catagórica (dicotómica)	Nominal	1.Si 2.No	Independiente
Diagnóstico de EPOC	Le han diagnosticado EPOC previamente	Catagórica (dicotómica)	Nominal	1.Si 2.No	Independiente
Diagnóstico de obesidad	Le han diagnosticado obesidad previamente	Catagórica (dicotómica)	Nominal	1.Si 2.No	Independiente
Diagnóstico de otra enfermedad	Le han diagnosticado otra enfermedad previamente, diferentes a las anotadas anteriormente	Catagórica (dicotómica)	Nominal	1.Si 2.No	Independiente
Diagnóstico de enfermedad mental	Le han diagnosticado alguna enfermedad mental previamente	Catagórica (dicotómica)	Nominal	1.Si 2.No	Independiente
Diagnóstico de COVID-19	Ha tenido reporte de una prueba que determine positividad para covid-19 ya sea (RT PCR, Antígeno o Prueba rápida Anticuerpos)	Catagórica (dicotómica)	Nominal	1.Si 2.No	Independiente
Diagnóstico de COVID-19 familiar o amigo	Ha tenido reporte un familiar o amigo de una prueba que determine positividad para covid-19 ya sea (RT PCR, Antígeno o Prueba rápida Anticuerpos)	Catagórica (dicotómica)	Nominal	1.Si 2.No	Independiente
Síntomas depresivos	Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)	Catagórica (politómica)	Ordinal	1. < 1: sin síntomas 2. >1- 4: depresión mínima 3. 5 a 9 Depresión leve 4. 10 a 14 - Depresión moderada 5. 15 a 19 Depresión moderada grave 6. 20 a 27 Depresión grave	Dependiente
Síntomas de ansiedad	GAD-7; Escala del trastorno de ansiedad generalizada	Catagórica (politómica)	Ordinal	1.0 - 4 no se aprecia ansiedad 2. 5 - 9 ansiedad leve 3.10 - 14 ansiedad moderada 4.15 - 21 ansiedad severa.	Dependiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	POSIBLES VALORES /OPCIONES DE RESPUESTA	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Síntomas de síndrome de desgaste profesional	Escala Burnout Screening Inventory	Catégorica (politémica)	Ordinal	1.0-29 poco probable, 2.30-39 leve 3.40-49 moderado 4.mayor a 50 <i>burnout</i> grave	Dependiente
Síntomas de Miedo al covid-19	Fear COVID Scale	Catégorica (politémica)	Ordinal	- Respuestas negativas: Totalmente en desacuerdo = 1; En desacuerdo = 2; Ni de acuerdo ni en desacuerdo = 3; - Respuestas positivas: De acuerdo = 4 y Muy de acuerdo = 5.	Dependiente
Valoración previa en salud mental	Ha recibido valoración por psicología o psiquiatría	Catégorica (dicotémica)	Nominal	0.Si 1.No	Independiente
Consumo de tabaco	Consumo de cigarrillo de forma habitual	Catégorica (politémica)	Ordinal	1.fumador diario: fumar al menos 5 días a la semana. 2.fumador semanal: fumar al menos 1 cigarrillo a la semana. 3.fumador esporádico: fumar con una frecuencia inferior a 4. Exfumador: haber sido fumador diario, pero no haber fumado durante el último mes. 5.No consume tabaco.	Independiente

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	POSIBLES VALORES /OPCIONES DE RESPUESTA	POSICIÓN EN LA INVESTIGACIÓN
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol de forma habitual	Categoría (politémica)	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Al menos medio vaso de una bebida alcohólica al día. 2. Al menos una vez por semana. 3. Menos de una vez por semana. 4. No ha bebido durante el último mes. 5. No consume alcohol. 	Independiente

Cuestionario sobre la salud del paciente-9 (PHQ-9)

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

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido le han afectado cualquiera de los siguientes problemas? (Marque con una "✓" para indicar su respuesta)	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a), o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Dificultad para dormir o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Con poco apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha estado moviendo o hablando tan lento que otras personas podrían notarlo?, o por el contrario – ha estado tan inquieto(a) o agitado(a), que se ha estado moviendo mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Ha pensado que estaría mejor muerto(a) o se le ha ocurrido lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
#Total Score: _____

Si usted marcó cualquiera de estos problemas, ¿qué tan difícil fue hacer su trabajo, las tareas del hogar o llevarse bien con otras personas debido a tales problemas?

Para nada difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)

Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días:	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3
Se ha preocupado excesivamente por diferentes cosas	0	1	2	3
Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
Se ha sentido tan intranquilo que no podía estarse quieto	0	1	2	3
Se ha irritado o enfadado con facilidad	0	1	2	3
Ha sentido miedo, como si fuera a suceder algo terrible	0	1	2	3

Burnout screening inventory (BSI)

Ítems	Nunca 0	Varias Veces en el año 1	Una vez al mes 2	Un par de veces al mes 3	Una vez a la semana 4	Varias veces por semana 5	Todos los días 6
1. Cada vez es más frecuente que trate a las personas como si fueran objetos.							
2. Parece que los demás tiene cada vez menos interés por mi trabajo. No saben valorar mi trabajo.							
3. Mi trabajo hace que cada vez me importen menos los demás. Además, tampoco tengo tiempo para dedicarles.							
4. Mi trabajo me deja emocionalmente frío o insensible.							
5. Cada vez me satura más tener que hacer cosas con otras personas. Después de trabajar con compañeros me siento agotado.							
6. Cada vez con más frecuencia me enfada o me asusta que personas de mi entorno tengan problemas. Me afecta mucho.							
7. Últimamente participo en las conversaciones							

más irritado que antes.							
8.Últimamente no consigo desempeñar mi profesión como se supone que debería realizarla. A menudo el trabajo me supera.							
9.Me siento mal cuando pienso en como trato a los demás.							
10. Mi situación es desesperada y no tengo ninguna salida. A veces tengo la sensación de estar al borde del precipicio							

La Escala de Miedo al COVID-19 (FCV-19S)

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
2. Me pone incómodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)	1	2	3	4	5
6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5

Aprobación comité de ética Universidad del Rosario



COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO SALA DE CIENCIAS DE LA VIDA

MIEMBROS

CARLOS ENRIQUE TRILLOS, PRESIDENTE
MÉDICO CIRUJANO; MSc. EPIDEMIOLOGÍA

ALIX ROCIO BARRIOS MÉNDEZ
MÉDICO; MSc. EPIDEMIOLOGÍA
SECRETARÍA TÉCNICA

GLEIDY VANESSA ESPITIA
FONOAUDIÓLOGA, MSc Y PHD EN CIENCIAS

RAMON FAYAD NAFFAH
Lic. EDUCACIÓN; PHD MATEMÁTICAS

JAIID CONSTANZA ROJAS
BACTERIÓLOGA; MSc. SALUD PÚBLICA;
MSc. BIOÉTICA

KATHERIN QUINTERO PARRA
QUÍMICA FARMACÉUTICA

LUISA FERNANDA RAMÍREZ
PSICÓLOGA- PHD PSICOLOGÍA SOCIAL Y DE LA
SALUD

MARTHA ROCÍO TORRES NARVÁEZ
FISIOTERAPEUTA, MSc BIOÉTICA

ANDREA TORRES RUIZ
INGENIERA BIOMÉDICA; MSc Ing. ELECTRÓNICA Y
DE COMPUTADORES

JESUS ORLANDO CROCE
ABOGADO

MARTHA ISABEL BAUTISTA DUEÑAS
AUXILIAR ADMINISTRATIVA



DVQ005 1823-CV1485

Bogotá D. C., 13 de diciembre de 2021

Doctora
CINDY NATALIA NOGUERA
Investigadora Principal

Estudio: **“Salud Mental De Médicos Y Personal De Enfermería En Una Institución Prestadora De Servicios De Salud, Durante La Pandemia Por Covid -19 En Bogotá Colombia, 2021”.**
Bogotá, D. C.

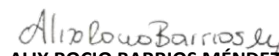
Respetada Investigadora:

El Comité de Ética en investigación de la Universidad del Rosario (CEI-UR), evaluó de forma expedita la segunda versión de su proyecto de investigación “Salud Mental De Médicos Y Personal De Enfermería En Una Institución Prestadora De Servicios De Salud, Durante La Pandemia Por Covid -19 En Bogotá Colombia, 2021”. Fecha de recepción: 20 de noviembre de 2021.

Luego de haber tenido en cuenta las observaciones efectuadas por el CEI-UR, se APRUEBA el protocolo en referencia junto con la información anexa.

Para el Comité de Ética es importante acompañarla durante la ejecución del estudio. Por favor no dude en contactarnos en caso de tener alguna inquietud o de necesitar apoyo para el análisis de alguna situación específica. De igual forma le recomendamos notificar cualquier modificación en la ejecución del estudio no expuesta en la aprobación inicial del proyecto.

Cordialmente,


ALIX ROCIO BARRIOS MÉNDEZ, MSc
Secretaría Técnica.
(CEI-UR)



c.c. Archivo
Proyectó: Martha Isabel Bautista

Este comité se rige por los lineamientos jurídicos y éticos del país a través de las resoluciones 8430 de 1993 y 2378 de 2008 del Ministerio de Salud y Protección Social. Igualmente, se siguen los acuerdos contemplados en la declaración de Helsinki (Fortaleza, Brasil 2013) y de la Conferencia Internacional de Armonización para las Buenas Prácticas Clínicas. Recuerde visitar nuestra página web, en donde encontrará información actualizada de los procedimientos del Comité de Ética en Investigación de la Universidad del Rosario, así como cursos en ética de la investigación de acceso libre. <https://www.urosario.edu.co/Investigacion/Soporte-a-la-Investigacion/Comite-de-etica-en-investigacion/#id-tabs>