

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Departamento de Psiquiatría

Postgrado de Psiquiatría

**SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 SECUNDARIA A SARS-
COV2 EN PERSONAL MÉDICO**

**MENTAL HEALTH DURING THE COVID-19 PANDEMIC SECONDARY TO SARS-COV2
IN MEDICAL PERSONNEL**

TRABAJO FINAL DE GRADO

AUTOR:

Diego Mauricio Castro Quintero

Residente de Psiquiatría

Universidad Nacional de Colombia

DIRECTOR DEL PROYECTO:

Franklin Escobar Córdoba MD. Dr. (PhD)

Profesor Titular de Psiquiatría

Grupo de Investigación en Trastornos del Sueño y Psiquiatría Forense

Universidad Nacional de Colombia

ASESOR METODOLOGICO:

Javier Eslava Schmalbach MD. Dr. (PhD)

Profesor Titular de Cirugía

BOGOTÁ DC, 2021

Resumen

Existe poca información científica en relación con el impacto de la pandemia actual (COVID-19) en la salud mental en personal de salud, y más aún en relación con los médicos de 1ª y 2ª línea de atención. En Colombia uno de los países más azotados por la pandemia y en donde el virus ha tenido mayor impacto, determinar la salud mental de los médicos cobra suma importancia teniendo en cuenta su papel vital en la tratamiento y control de los pacientes afectados por el COVID-19. Este estudio de corte transversal logra mostrar algunas de las alteraciones en salud mental producidas a raíz de la pandemia COVID-19 y el contexto psicosocial que se desprende de esta, específicamente en relación con la presentación de síntomas de ansiedad, depresión, estrés e insomnio, que tienen lugar en la población médica colombiana de primera y segunda línea de atención. Se realizó un estudio de corte transversal en base a una muestra de 1976 personas que se dividió en 910 médicos de 1ª línea de atención y 1066 médicos de 2ª línea de atención. La muestra se recolectó a partir de una encuesta en formato digital que incluye las escalas PHQ9, Zung, EPP14 e insomnio de Atenas para determinar la prevalencia de síntomas depresivos, ansiosos, de estrés e insomnio en esta población respectivamente.

Palabras clave : trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de sueño, trastornos de estrés, salud mental en médicos, pandemia COVID-19

Abstract

There is little scientific information in relation to the impact of the current pandemic (COVID-19) on mental health in health personnel, and even more so in relation to 1st and 2nd line of care physicians. In Colombia, one of the countries hardest hit by the pandemic and where the virus has had the greatest impact, determining the mental health of doctors is extremely important considering its vital role in the treatment and control of patients affected by COVID-19. This cross-sectional study manages to show some of the alterations in mental health produced as a result of the COVID-19 pandemic and the psychosocial context that emerges from it, specifically in relation to the presentation of symptoms of anxiety, depression, stress and insomnia, that take place in the

Colombian medical population of first and second line of care. A cross-sectional study was carried out based on a sample of 1976 people divided into 910 first-line care doctors and 1066 second-line care doctors. The sample was collected from a survey in digital format that includes the PHQ9, Zung, EPP14 and Athens insomnia scales to determine the prevalence of depressive, anxious, stress and insomnia symptoms in this population respectively.

Keywords: anxiety disorders, depressive disorders, sleep disorders, stress disorders, mental health in doctors, COVID-19 pandemic

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estresores propios de una crisis sanitaria como la actual entre los que se destaca la pérdida de seres queridos en la aislamiento social y el temor de morir o sufrir secuelas de gravedad son constantes que se producen en la cotidianidad de una pandemia, cuyas repercusiones en el desarrollo de síntomas de ansiedad, depresión, estrés e insomnio se han podido documentar en las diferentes épocas y contextos en los que ha tenido lugar la propagación masiva de enfermedades infecciosas a lo largo de la historia; sin embargo y teniendo en cuenta la actual crisis sanitaria, llama la atención por su ausencia la escasa bibliografía en relación con las manifestaciones en salud mental, relacionadas con los síntomas ya descritos, que median dichos estresores en el personal médico de primera y segunda línea de atención de los pacientes con COVID-19

2. Justificación

mostrar algunas de las alteraciones en salud mental producidas a raíz de la pandemia COVID-19 y el contexto psicosocial que se desprende de esta, específicamente en relación con la presentación de síntomas de ansiedad, depresión, estrés e insomnio, que tienen lugar en la población médica colombiana de primera y segunda línea de atención, lo anterior teniendo en cuenta la poca bibliografía que hay disponible al respecto.

3. Objetivos

General:

Determinar el impacto de la pandemia COVID-19 producida por SARS-cov2 en la generación de sintomatología relacionada con trastornos de ansiedad, estrés, depresión e insomnio en personal médico de primera y segunda línea de atención de pacientes con diagnóstico de COVID-19 o alto riesgo de padecer la enfermedad

Específicos

Determinar si existen diferencias entre la muestra de médicos de primera línea y segunda línea en relación con la generación de los síntomas de ansiedad y estrés depresión e insomnio.

Especificar si existe una relación entre la severidad de los síntomas y el hecho de ser médico de primera línea de atención para pacientes con COVID-19

Describir comparativamente la predominancia sintomática (ansiedad, estrés, depresión e insomnio) en las dos muestras seleccionadas

Determinar la influencia de factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad COVID-19 o para el desarrollo de síntomas de severidad de esta en la generación de síntomas ansiosos, depresivos, estrés e insomnio.

Marco teórico

Son múltiples los efectos psicosociales que puede experimentar una población expuesta a una epidemia. Así, por ejemplo, después del brote del SARS-CoV en Taiwán, se evidenció una perspectiva pesimista de la vida en alrededor de un 10% de la población en los meses posteriores al brote, acompañada de una prevalencia de morbilidad psiquiátrica del 11,7%. (1) Durante la misma época en Singapur, cerca del 27% de los trabajadores de la salud reportaron síntomas psiquiátricos luego de la epidemia.(2) Así mismo, se halló que el 20% de los médicos y enfermeras sufrieron trastorno por estrés postraumático (TEPT), el análisis mostró que aquellos que percibieron apoyo de supervisores y colegas fueron menos propensos al TEPT. (3) .(4)(5) Otro estudio de cohorte realizado en la misma región halló que en los profesionales de salud había tasas más altas de TEPT en comparación con los sobrevivientes del SARS-CoV (40.7% vs 19%), (6) la incidencia acumulada de trastornos mentales en los sobrevivientes fue del 58.9%, distribuidos así: 44% trastornos depresivos, 47.8% TEPT en algún momento después del brote, 13,3% trastorno de pánico, 6.6% agorafobia y 1.1% fobia social. (6) 30 meses posterior al SARS-CoV la prevalencia de los trastornos mentales en el último mes fue de 33.3%, siendo el TEPT el diagnóstico más prevalente (25.6%), seguido de los trastornos depresivos (15.6%). Además, el 61% de los sobrevivientes de SARS-CoV que tenían diagnóstico actual de TEPT también sufrían de otros trastornos psiquiátricos. (6)

Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Según las características del aislamiento social muchos eventos pueden llegar a ser traumáticos, (7) en un estudio realizado en Canadá después del brote del SARS-CoV se identificaron factores de estrés psicológico en los trabajadores de salud como: percepción de que se está en riesgo de contraer la infección, el impacto del brote en la vida laboral, ánimo depresivo, trabajar en una unidad de alto riesgo, cuidar de un solo paciente con SARS-CoV vs cuidar de muchos pacientes con SARS-CoV. (8) En consecuencia, en trabajadores de la salud en China seguidos durante tres años, se encontró que el 10% de estos experimentaron altos niveles de síntomas atribuibles al TEPT, (9) y aquellos que habían estado en cuarentena, los que habían trabajado en turnos atendiendo pacientes con SARS-CoV y los que habían tenido amigos o familiares que habían contraído SARS-CoV tenían 2 a 3 veces más probabilidades de tener síntomas de TEPT en comparación con aquellos que no habían tenido esas exposiciones. (9) Además, mantuvieron la sintomatología para el año 2006, cerca del 40% de la muestra tenía aún síntomas de TEPT. (9) Otro estudio francés mostró el impacto en sobrevivientes de un brote pandémico con pacientes que requirieron manejo intrahospitalario en unidad de cuidados intensivos secundario a la infección del virus H1N1, en quienes el 40% desarrollaron TEPT. (10)

Depresión y ansiedad

En la situación actual de confinamiento global en el hogar debido al brote del COVID-19, la mayoría de las personas están expuestas situaciones estresantes sin precedentes y de duración desconocida. Esto puede no solo aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión durante el día, sino también interrumpir el sueño. Es importante destacar que, debido al papel fundamental que juega el sueño en la regulación de las emociones, la alteración del sueño puede tener consecuencias directas en el funcionamiento emocional del día siguiente. (11) Son varios los factores que se pueden relacionar con manifestaciones depresivas y ansiosas en los pacientes que se encuentran en cuarentena por una pandemia, ambas se pueden considerar una reacción normal ante el estrés generado. Perder el control en este contexto es frecuente dado que la situación impide en muchos casos que la persona tenga certeza del resultado final o conozca el tiempo exacto en el que se resolverá la crisis. Ésa sensación de incertidumbre así como las limitaciones secundarias a las medidas de aislamiento social preventivo, la posibilidad de que los planes a futuro se vean cambiados de forma dramática y la separación brusca del contexto social o familiar del paciente son catalizadores frecuentes de cuadros de depresión y ansiedad, (12) los cuales en circunstancias de aislamiento social, se pueden presentar como parte de un trastorno adaptativo o una reacción de ajuste que, en muchas ocasiones, no amerita un tratamiento farmacológico (8). Se ha estipulado una prevalencia de trastorno depresivo mayor (TDM) en un 7% después de un brote (13). Otros estudios mostraron que el 10-35% de los sobrevivientes del SARS-CoV reportaron tener características de ansiedad, depresión o ambas durante la fase de recuperación temprana (14)(15) y cerca del 44% de

los pacientes sobrevivientes con algún trastorno psiquiátrico, correspondieron a trastornos depresivos. Como factores de riesgo se han propuesto: sexo femenino, bajo nivel socioeconómico, conflictos interpersonales, uso frecuente de redes sociales, baja resiliencia y apoyo social.

La estigmatización se ha reportado en el brote del SARS-CoV, alrededor del 20% de la población relacionada con el campo de la salud percibía discriminación por parte de algunas personas con las que interactuaban(16), y específicamente en Singapur hasta el 49% de los trabajadores de la salud presentó sensaciones similares al interactuar con la población(16).

La disposición y capacidad para presentarse a trabajar durante eventos catastróficos, en una encuesta realizada a personal médico en New York (17) reportó que los profesionales se presentarían a trabajar al servicio de salud en mayor proporción en eventos como una tormenta de nieve (80%), desastre ambiental (84%) y en menor disposición en eventos en los que se percibe un riesgo propio como en el brote de SARS-CoV (48%), un evento radiológico (57%), y un evento químico (68%). (17) Cabe anotar que una de las medidas que ha mostrado que los profesionales se sientan más seguros en sus lugares de trabajo y que ayuda en su bienestar es garantizar los elementos de protección personal (EPP). Se observó que estas personas estarían más dispuestas a trabajar ante un evento catastrófico si contaban con los EPP adecuados, dado que la percepción personal de riesgo y hacia la familia, es uno de los factores que más influyen en disminución de la voluntad para reportarse a trabajar en tales situaciones. (17).

Tanto en el brote del SARS-CoV como en la actual epidemia del COVID-19, se puede encontrar que uno de los factores que influyen en la alta tasa de reacciones de ajuste y morbilidades psiquiátricas se encuentra la presencia de un nuevo virus de comportamiento impredecible y altamente contagioso que ha requerido aislamiento social obligatorio, las amenazas inminentes a sus vidas y salud física en lo que respecta al personal de salud, así como miedos de una infección cruzada a familia y amigos. Además, los médicos durante su práctica se exponen a dilemas profesionales debido a la falta de recursos y la desproporción de casos clínicos, lo cual también es un factor estresante.(18)

Insomnio

En el contexto de insomnio provocado por la pandemia actual, podemos encontrar características interesantes: se aprecia que durante el periodo de confinamiento en la población adulta, tanto relacionada con los servicios de salud, como los que no, el hecho de verse obligado a acatar un periodo de cuarentena para no contagiarse a sí mismos o a sus allegados junto con el distanciamiento obligatorio, el uso de múltiples dispositivos que garanticen la bioseguridad, así como la permanente “descarga” informativa de los medios de comunicación sobre los diferentes desenlaces desafortunados provocados por la pandemia de forma diaria, e incluso durante varias veces al día, propician que exista un aumento importante del periodo hiperarousal (

hiperalertamiento del encéfalo), que sucede de manera fisiológica durante el día, extendiéndose de forma importante durante la noche, impidiendo, de esta manera, una adecuada calidad del sueño y adecuado mantenimiento del mismo. Lo anterior se puede explicar por las persistentes emociones, pensamientos y factores estresantes que tienen lugar en la mente de cada persona de forma diaria y en especial durante un periodo de aislamiento obligatorio en el contexto de la pandemia de COVID-19 (19). Adicionalmente se han logrado establecer ciertas asociaciones entre algunos tipos de insomnio, en especial, el insomnio de conciliación, y un incremento sustancial en la producción de ideas suicidas relacionadas y en la preocupación y ansiedad general por la posibilidad de contraer COVID-19. Pero es de destacar que esto no solo ocurre en población general, sino también en profesionales de la salud de forma importante. Así mismo se ha podido establecer que los niños y adolescentes que se ven obligados a estudiar menos por la obligatoriedad de desarrollar clases de manera virtual también presentan un aumento de la incidencia de insomnio de conciliación (19) otros factores promotores de insomnio que se han visto involucrados en las personas dentro del contexto de la cuarentena obligatoria secundaria a la pandemia COVID-19 es la ausencia de exposición solar que puede llegar a afectar el ritmo circadiano, y así, contribuir al aumento del tiempo de latencia de sueño y con este, al desarrollo de insomnio de conciliación. Es de notar, además, que también se lograron describir cambios en la hora de irse a la cama y despertarse en la mañana, en relación con el desarrollo de patologías mentales frecuentes en el contexto de esta pandemia como lo son los trastornos depresivos y de ansiedad. Se evidenció el insomnio con una correlación positiva significativa con depresión ($r=0,674$; $p<0,001$), ansiedad $r=0,646$; $p<0,001$) y estrés ($r=0,658$; $p<0,001$). En personal de salud durante la pandemia actual (20)

COVID-19 y perturbaciones en la salud mental de la población afectada.

En una pandemia, el miedo incrementa los niveles de estrés y ansiedad en individuos sanos e intensifica los síntomas de aquellos con trastornos mentales preexistentes(21), a saber, los pacientes diagnosticados con COVID-19 o sospecha de estar infectados pueden experimentar emociones intensas y reacciones comportamentales, además de miedo, aburrimiento, soledad, ansiedad, insomnio o rabia. (21)Estas condiciones pueden evolucionar en desórdenes como depresión, ataques de pánico, TEPT, síntomas psicóticos y suicidio,(12) especialmente prevalentes en pacientes en cuarentena, en quienes el estrés psicológico tiende a ser mayor. (22).

En una encuesta online reciente del 31 de enero al 2 de febrero de 2020, ($n=1210$) en 194 ciudades en China, el impacto psicológico se evaluó mediante Impact of Event Scale-Revised, y el estado de salud mental se evaluó mediante Depression, Anxiety and Stress Scale. (23)Reportándose que el 53.8% de los evaluados calificó el impacto psicológico del brote como moderado o severo; el 16.5% síntomas depresivos moderados a severos; el 28,8% síntomas de ansiedad moderada a severa; y

el 8.1% niveles de estrés moderados a severos.(23) La mayoría de los encuestados (84,7%) pasaron 20-24 horas/día en casa; el 75.2 % estaban preocupados que sus familiares adquirieran el COVID-19 y el 75.1% estaban satisfechos con la cantidad de información de salud disponible(23).

Un estudio que se realizó en una etapa temprana del brote de COVID-19 a principios del 2020, informó una prevalencia de insomnio del 34,0% en profesionales de atención médica de primera línea. (2)Otra encuesta al final de fecha similar encontró que la prevalencia de mala calidad del sueño en los profesionales de atención médica de primera línea era del 18,4%. (24)Un estudio con (n=1563) profesionales de la salud encontró que más de la mitad (50.7%) de los participantes reportaban síntomas depresivos, 44.7% de ansiedad, y 36.1% trastornos del sueño (25)

En un estudio transversal con (n=1257) trabajadores de la salud en 34 hospitales de atención para pacientes con COVID-19 en China, con el uso del 9-item Patient Health Questionnaire, se encontró que entre el personal médico y de enfermería que trabaja en Wuhan, el 34.4% tuvo trastornos leves (PHQ-9 promedio:5.4), el 22.4% presentaba alteraciones moderadas (PHQ-9 promedio:9.0) y el 6.2% presentaba alteraciones graves (PHQ-9 promedio:15.1) inmediatamente después de la epidemia(2). Además, el 36,3% había accedido a materiales psicológicos, como libros sobre salud mental, el 50,4% había accedido a recursos psicológicos disponibles a través de los medios de comunicación, como información en línea sobre salud mental y métodos de afrontamiento, y el 17.5% había participado en asesoramiento o psicoterapia (2).

Existen dos caras de la moneda frente a las consecuencias que puede traer una pandemia, especialmente aquellas relacionadas con el aislamiento social. Si bien la gran mayoría de consecuencias en la salud mental que se han podido reportar en estudios previos realizados en los últimos brotes epidemiológicos y en la actual pandemia han sido negativos; también es necesario evaluar los impactos positivos que se pueden obtener de un aislamiento social en esta situación. En una encuesta realizada a familias en Hong Kong al final de la epidemia de SARS-CoV se reportó que el 60% se preocupaban más por los sentimientos de los miembros de sus familias y dos tercios prestaban más atención a su salud mental después del brote y el 35-40% invirtieron más tiempo en descansar y hacer ejercicio(26).

Recomendaciones

Dentro las medidas a implementar en un corto plazo están principalmente la utilización de primeros auxilios psicológicos, (7)con los cuales se propende por una relación respetuosa y de apoyo entre pacientes y terapeutas, evaluando necesidades críticas, e intervenir tempranamente llevando a un plano de "normalidad" o mejor dicho esperable las reacciones de estrés o duelo.(7) Así mismo incentivar y apoyar el pensamiento de corte positivo sobre el futuro y educar en técnicas para

disminuir niveles de estrés y de hiperactivación como la respiración profunda o diafragmática, relajación muscular progresiva e imágenes guiadas. (7) Igualmente, debe existir un apoyo temprano al equipo de salud, de manera que se prepare adecuadamente al personal para el trabajo y desafíos asociados, en el marco de una relación de respeto y transparencia, sin falsas garantías o esperanzas, brindando una evaluación completa y precisa de lo que enfrentarán, sin eufemismos y en un lenguaje sencillo.(18) Esto se podría lograr mediante el uso de debates basados en las rondas de Schwarz (27) y grupos Balint. (28) Es importante resaltar que la evitación es un síntoma central del trauma, (18)el personal que está "demasiado ocupado" o repetidamente "no disponible" para asistir a estas discusiones y si está relacionado a una disminución del desempeño por una mala salud mental, indudablemente afectará de forma directa la capacidad operativa y la salud de los miembros del equipo.

Por lo tanto, debe ser de interés para los líderes conocer el estado de salud física y mental de sus dirigidos y comunicarse con ellos constantemente para la identificación y apoyo tempranos(18).

Dentro de las medidas que se pueden implementar a largo plazo o después de un brote, están el uso de terapias centradas en el trauma. La terapia cognitivo conductual tiene como objetivo disminuir o desestructurar pensamientos automáticos negativos, catastróficos y pesimistas sobre el futuro. (7)Además, tener un enfoque de apoyo con intervenciones psicoterapéuticas centradas en la recuperación del sentido de autonomía y un particular énfasis en favorecer la aceptación de la pérdida. (7) Otros tipos de terapia que se podrían implementar son la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) para TEPT. Las terapias mencionadas se complementan con tratamiento psicofarmacológico, principalmente con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina/o noradrenalina (ISRS/ISRN), durante 6 a 12 meses para prevenir recaídas y recurrencia de síntomas. (7)

Medidas que pueden tener impacto para afrontar las dificultades propias del servicio, estarán encaminadas en reflexionar y aprender de las experiencias difíciles para crear una narración significativa en lugar de traumática, (18)dentro de lo cual está compartir la experiencia con un compañero, implementar de forma sistemática y organizada horarios de descanso, además de eventos en los que se aprecie y se reconozca continuamente de forma verbal los esfuerzos. No menos importante es la inclusión de diferentes líderes espirituales en el acompañamiento de los trabajadores de salud.(7)

Es importante traducir el conocimiento científico en medidas pragmáticas de salud pública de forma oportuna, así como preparar a la comunidad para prevenir y mitigar las secuelas neuropsiquiátricas de un brote; esto representa un paso crucial para reducir las consecuencias y costos a largo plazo

(Tabla 1). (7) Tres factores principales deben ser considerados al desarrollar estrategias de salud mental: 1) Equipos multidisciplinarios de salud mental que incluyen psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos clínicos y otros profesionales de la salud mental; 2) Comunicación clara que implica actualizaciones periódicas y precisas en el brote de COVID-19; y 3) Establecer servicios de asesoramiento psicológico vía Telesalud. (18)(29)(30) Mientras que las intervenciones se deberían desarrollar sobre tres ejes claves: 1) Comprender el estado de salud mental en diferentes poblaciones influenciadas por el brote de COVID-19.

. 2) Identificar a las personas con alto riesgo de suicidio y agresión. 3) Proporcionar adecuadas intervenciones psicológicas para los necesitados. (28) Otra recomendación útil es la priorización o jerarquización de las intervenciones, con lo cual las poblaciones se podrían clasificar en cuatro niveles: (25) Nivel uno La población incluye a aquellos que son más vulnerables a problemas de salud mental, como pacientes hospitalizados con infección confirmada o condición física severa, profesionales de salud de primera línea y personal administrativo. Nivel 2 Incluye pacientes aislados con síntomas de infección y contactos cercanos y pacientes en clínicas donde se atiendan los brotes. Nivel 3 Incluye aquellos individuos con contactos cercanos en los niveles 1 y 2, es decir, familiares, colegas, amigos y rescatistas voluntarios que participa en la respuesta epidémica. (25) Nivel 4 La población incluye a las personas afectadas por las medidas de prevención y control de epidemias, personas susceptibles y el público. (25)

Tabla 1. Recomendaciones en salud mental durante la pandemia COVID-19

Proporcionar información útil(31).	Es importante que las personas entiendan los datos correctamente para reducir el exceso de estrés (p. ej., ansiedad, depresión, etc.) provocadas por una percepción inapropiada. (32)
Trabajar con funcionarios de salud pública para formular comunicaciones apropiadas a la cultura de la población, y así motivar como movilizar para una preparación sin generar el pánico.(31)	Expandir conciencia y participación pública del progreso continuo en las medidas de toma de decisiones.

	Ya que la indignación puede venir principalmente por errores y deficiencias en la prevención y el control de la epidemia.(32)
Trabajar con funcionarios de salud pública y entidades de salud para proporcionar apoyo a los pacientes en cuarentena y/o aislamiento social.(31)	Asegurar el suministro de servicio de tratamiento médico. Es fundamental establecer un servicio médico para tratar la enfermedad y dejar que las personas sepan cómo acceder a él. Las personas pueden obtener ayuda a tiempo si están infectadas. Puede mejorar sentido de control de las personas sobre los riesgos, evitando así la percepción excesiva de riesgo social.(32)
Trabajar con funcionarios y entidades de salud locales para garantizar apoyo psicosocial y de otro tipo para el personal de salud. (31)	Proporcionar más servicios de entretenimiento en la puerta para abordar la buena calidad de vida. Las personas pueden estar más dispuestas a cooperar cuando se cumplen sus requisitos de vida y entretenimiento, como compras en línea, entretenimientos. (32)

Teniendo en cuenta que el tiempo de confinamiento en un brote puede ser utilizado para generar cambios positivos en estilos de vida más saludables y mejorar las relaciones interfamiliares; se pueden diseñar campañas de salud mental encaminadas a fortalecer esta área y que estos cambios se puedan mantener en el tiempo. (26) En este momento la población general que se encuentra confinada en sus residencias y en especial los profesionales de la salud, el personal de apoyo, administrativo y de servicios generales de las entidades de salud que enfrentan en la primera línea de combate al COVID-19 tienen una alta demanda de trabajo, una gran incertidumbre y miedo, elevada exposición al virus agresor y al ambiente hospitalario, agravado por la estigmatización asociada a la condición de trabajador de la salud, las obligaciones familiares y la demanda de atención a las manifestaciones emocionales de los pacientes y sus familiares, hace que este grupo poblacional coloque a prueba su capacidad de resiliencia ante la adversidad presente. Se conoce que esta situación de pandemia puede desencadenar diversas reacciones cognitivas, comportamentales, afectivas, y físicas en el personal sanitario que van a necesitar de ayuda psicológica y/o psiquiátrica. Por lo anterior, se requiere que el personal de salud cuide de su salud

mental y no dude en acudir a los servicios de salud mental que por telemedicina ofrecen en la actualidad la mayor parte de las aseguradoras en salud (Tabla 2). }

Tabla 2. Recomendaciones para enfrentar el estrés. (19)

<p>En lo posible continuar con las rutinas habituales.</p> <p>Mantenerse ocupado y concentrarse en las actividades diarias.</p> <p>Distribuir el tiempo para comer, hacer ejercicio y descansar.</p> <p>Evitar drogas psicoactivas y alcohol.</p> <p>Mantenerse en contacto con familia y amigos.</p> <p>No saturarse de información sobre la pandemia.</p> <p>Prestar atención a la información sobre cómo permanecer saludable y seguro.</p> <p>Tratar de hablar con alguien sobre sus sentimientos si se tiene miedo o si se está preocupado.</p> <p>Considere la respuesta de los niños:</p> <p>Expresar sentimientos en conjunto como familia y explicar que las personas se pueden sentir preocupadas, lo cual es normal cuando se vive una situación estresante.</p> <p>Dar información que puedan entender.</p> <p>Hay que comunicar que como familia se protegerán y transmitir seguridad.</p> <p>Expresar cariño – abrazarlos con bastante frecuencia.</p> <p>Mantener sus rutinas con risas y juegos.</p> <p>Enseñar hábitos de autocuidado frente a la enfermedad infecciosa como el lavado de las manos.</p>

Las pandemias con el aislamiento social subsecuente han impactado de forma significativa en la salud mental, tanto durante como después del brote con respuestas emocionales patológicas mantenidas a largo plazo, enmarcadas en trastornos mentales con alta discapacidad, como el TEPT, el TDM y los trastornos de ansiedad principalmente. La actual pandemia emergente del COVID-19, implicará un aumento en la psicopatología de la población general, en especial de los trabajadores de la salud, generando una segundo brote o epidemia sobre la salud mental de los mismos importante para lo cual resulta imprescindible el desarrollo de estrategias dirigidas a la preparación, educación y fortalecimiento de la salud mental de la población afectada.

Hipótesis

HO: No existen diferencias estadísticamente significativas en las medias de ansiedad, estrés, depresión e insomnio, entre el grupo de médicos de primera línea de atención de pacientes con COVID-19 comparados con un grupo de médicos de segunda línea de atención para pacientes con COVID-19

H1: Existen diferencias estadísticamente significativas en las medias de ansiedad, estrés, depresión e insomnio, entre el grupo de médicos de primera línea de atención de pacientes con COVID-19 comparados con el grupo de médicos de segunda línea de atención para pacientes con COVID-19

2. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio tipo corte transversal (casos y controles)

Muestra: se seleccionaron 1976 médicos de primera y segunda línea de atención de pacientes con COVID-19

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Muestra de casos: personal médico graduado con o sin factores de riesgo para desarrollar la enfermedad (COVID-19) que se encuentre ejerciendo labores clínicas y que atienda de forma estrecha, realice procedimientos terapéuticos a escasa distancia del paciente, o interactúe físicamente con pacientes diagnosticados con COVID-19 o con alta probabilidad de padecer la enfermedad en servicios de urgencias médicas y/o unidades de cuidado intermedio y unidades de cuidado intensivo principalmente.

Muestra control: Personal médico graduado con o sin factores de riesgo para desarrollar la enfermedad (COVID-19) que se encuentre ejerciendo labores clínicas y que no realice procedimientos terapéuticos a escasa distancia del paciente y no interactúe físicamente con pacientes diagnosticados con COVID-19 o con alta probabilidad de padecer la enfermedad ni labore en servicios de urgencias médicas y/o unidades de cuidado intermedio y unidades de cuidado intensivo principalmente.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personal médico con historia previa de enfermedad mental, en especial trastornos de ansiedad, estrés, depresión e insomnio antes de la ocurrencia de la pandemia actual.

Personal médico que se encuentren usando actualmente medicación psiquiátrica de cualquier tipo.

Personal médico que no lleve a cabo ningún tipo de labor clínica presencial o por telemedicina.

Técnica de recolección de la información

Una vez el entrevistado llenó el consentimiento informado se procedió a la recolección de los datos. Se utilizó una entrevista en formato electrónico para la recolección de los datos a través de preguntas de opción múltiple, así como de respuesta libre que se realizó teniendo en cuenta las siguientes escalas psicométricas validadas a nivel nacional: la escala para valoración de ansiedad de Zung, el cuestionario sobre la salud del paciente de nueve ítems (PHQ-9), la escala de estrés percibido (EPP14) y la escala de insomnio de Atenas (EIA). La encuesta tuvo una duración de aproximadamente 15 minutos en su aplicación y los datos se enviaron de forma automática al correo electrónico de los investigadores para su adecuado procesamiento y análisis.

Plan de análisis:

Divulgación

Se presentaran las características, datos obtenidos, discusión y conclusiones del estudio en una reunión académica del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia y luego se tratará de presentar el informe final del estudio en algún evento científico nacional y/o internacional.

3. CONSIDERACIONES ÉTICAS DEL PROYECTO :

Consentimiento informado

De conformidad con la resolución 8430 de 1993, establece que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar; así mismo, se debe tener en cuenta la capacidad mental y el estado psicológico de la persona para aceptar ser sujeto de investigación después de explicarle lo que se pretende hacer en la investigación médica; es decir: la persona debe ser capaz y su consentimiento

deber ser voluntario, y ninguna persona que no llene los requisitos mencionados debe ser incluida en el estudio.

Es de anotar también, en cuanto a la información a que se refiere la resolución en mención, la cual será explicada en forma clara y completa a la persona que interviene en la investigación o, en su defecto a su representante legal y comprende los siguientes literales:

- a) La justificación y los objetivos.
- b) Los procedimientos a usarse y su fin incluyendo la identificación de los netamente experimentales.
- c) Las molestias o los riesgos esperados.
- d) Los beneficios que puedan obtenerse.
- e) Los procedimientos optativos que pudieran favorecer al sujeto.
- f) La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración de cualquier duda referente a los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- g) La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- h) La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- i) El compromiso de proporcionarle al sujeto la información actualizada durante el estudio.
- j) En caso de daños: la disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que tendría derecho, por parte de la institución, pero, los gastos extras serán cubiertos por el presupuesto de la investigación o entidad promotora de la misma.

LINEAMIENTOS ETICOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD

“la única manera para descubrir la cura de una enfermedad o la solución de un problema de salud es haciendo investigación; pero, la investigación no la hacen solo los investigadores: requiere la contribución generosa de personas como participantes, por lo que tenemos la obligación de asegurar que sean tratados de manera ética.

Para la investigación debemos contar con algunas pautas éticas tales como:

- 1) Toda investigación que involucre a personas debe ser siempre revisada y aprobada por un comité que asegure que la investigación propuesta es ética.
- 2) El profesional de la salud debe ser honrado, decente, sincero, razonable y justo.
- 3) El profesional de la salud debe respetar los derechos de los pacientes, colegas y otros profesionales de la salud y salvaguardará las confidencias y privacidad del paciente dentro de los límites legales.
- 4) El profesional de la salud debe tener como objetivo actualizar sus conocimientos para ponerlos al servicio de la investigación médica para que sea siempre equitativa con las personas que intervienen en ella, obteniendo el consentimiento informado amplio y voluntario de los sujetos participantes en la investigación actual e importante para estudios futuros.
- 5) El profesional de la salud debe mostrar respeto para la persona afectada, como para la comunidad, sus tradiciones y normas contribuyendo al mejoramiento de la salud pública.
- 6) El profesional de la salud debe presentar al comité de verificación resúmenes escritos del estado de la investigación con la frecuencia que el proceso amerite; así mismo, está en la obligación de notificar a dicho comité los acontecimientos adversos graves, e inesperados con la investigación médica que supongan riesgo de daño para los participantes u otras personas pero, siempre dedicado a proveer cuidado clínico competente con respeto por la dignidad y derechos humanos.

4. Resultados

Dentro del estudio se logró obtener resultados estadísticos y epidemiológicos preliminares previos a un análisis estadístico de mayor profundidad. En el estudio se obtuvo una población muestral de 1976 médicos graduados que desempeñaban distintas actividades médico-asistenciales de primera o segunda línea de atención a pacientes COVID19, en diferentes departamentos de Colombia, diligenciaron una encuesta vía electrónica, cuyos datos fueron revisados y analizados para efectos de este estudio. Del total de la muestra 1066 son mujeres (53.94%), 899 son hombres (45.49%) y 11 son del grupo LGBTI(0.55%); La media de edad de los participantes fue de 42.7 años: En la **tabla 1** la única asociación estadísticamente significativa que podemos apreciar, se evidencia entre el género de los médicos participantes y su desempeño, de labores clínico asistenciales en la unidad

de cuidados intensivos o intermedios, habiendo una mayor participación por parte del género masculino $n=175$ (58.33%), con respecto al género femenino $n=124$ (41.33%), y otros $n=1$ (0.33%) $p=(0.000)$.

Tabla 1: Ocupación/labor clínica

Pregunta/variable	Femenino		Masculino		Otros		Total		Valor P+
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%	
1.primera línea de atención	469	51.54	434	47.69	7	0.77	910	46.05	0.082
2.Unidad de cuidados intensivos	124	41.33	175	58.33	1	0.33	300	13.11	0.000

+Determinado a través de test exacto de Fisher
 *Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable
 Fuente: elaboración propia

La **tabla 2** muestra el número de sujetos que cuentan con determinado factor de riesgo en relación con el género de la población médica estudiada, los factores de riesgo evaluados en orden de prevalencia se aprecian así: sobrepeso 496: (25.10%), hipertensión: 272 (13.77%), hipotiroidismo:161 (8.15%), patología pulmonar crónica: 112 (5.67%), patología cardiovascular: 69 (3.49%), consumo crónico de cigarrillo: 63 (3.19%), patología autoinmune: 62 (3.14%), diabetes mellitus: 37 (1.87%), consumo crónico de corticosteroides: 33 (1.67%), desnutrición proteico calórica: 31 (1.57%), edad mayor de 70 años: 29 (1.47%), cáncer de cualquier tipo: 22 (1.11%), consumo crónico de alcohol: 16 (0.81%), inmunodeficiencias: 9 (0.46%), falla renal dialíticorequiere: 3 (0.15); No obstante, cabe agregar que la mayor parte de la muestra no presenta factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, sin factores de riesgo:1,033 (52.28%). Llama la atención las asociaciones estadísticamente significativas entre varios factores de riesgo para padecer COVID 19 y el género de la muestra estudiada: en relación con diabetes mellitus, hay mayor presencia de este factor de riesgo en el género masculino $n=25$ (2.78%), que en el Femenino $n=12$ (1.13 %;), y otros $n=0$ (0.00%) p (0.030); existe una mayor tendencia por parte de la población masculina $n=186$ (68.38%) de padecer de hipertensión arterial con respecto a la población femenina $n=85$ (31.25%), y otros $n=1$ (0.37%), $p=$ (0.00), hay una mayor tendencia de padecer patología cardiovascular por parte de la población masculina $n=47$ (68.12%), con respecto a la población femenina $n=22$ (31.88%), y otros $n=0$ (0.00%) $p=$ (0.001), existe una mayor tendencia de padecer de hipotiroidismo por parte de la población femenina $n=121$ (75.16%), con respecto a la población masculina $n=38$ (23.60%), y otros $n=2$ (1.24%) $p=$ (0.00), hay una mayor tendencia de padecer de patología autoinmune por parte de la población femenina $n=48$ (77.42%), con respecto a la masculina $n=14$ (22.58%), y otros $n=0$ (0.00%) $p=(0.001)$,

Tabla 2: Factores de riesgo

Pregunta/variable	Femenino		Masculino		Otros		Total		Valor P+
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%	
1.Diabetes mellitus	12	1.13	25	2.78	0	0.00	37	1.87	0.030
2.Hipertensión arterial	85	31.25	186	68.38	1	0.37	272	13.77	0.000
3.Patología cardiovascular	22	31.88	47	68.12	0	0	69	3.49	0.001
4.patología pulmonar crónica	71	63.39	41	36.61	0	0	112	5.67	0.114
5.Falla renal crónica dialítico requirente	1	33.33	2	66.67	0	0	3	0.15	0.603
6.Hipotiroidismo	121	75.16	38	23.60	2	1.24	161	8.15	0.000
7.Patología autoinmune	48	77.42	14	22.58	0	0	62	3.14	0.001
8.Consumo de corticoesteroides	21	63.64	12	36.36	0	0	33	1.67	0.415
9.Inmunodeficiencias	3	33.33	5	55.56	1	11.11	9	0.46	0.029
10.Cáncer	9	40.91	13	59.09	0	0.00	22	1.11	0.365
11.Sobrepeso/obesidad	254	23.83	241	26.81	1	9.09	496	25.10	0.173
12.Desnutrición	12	1.13	19	2.11	0	0.00	31	1.57	0.245
13.Cigarrillo	28	2.63	35	3.89	0	0.00	63	3.19	0.244
14.Alcohol	6	0.56	9	1.00	1	9.09	16	0.81	0.81
15.> 70 años	2	0.19	26	2.89	1	9.09	29	1.47	0.000
16.Sin factores de Riesgo	572	55.37	453	43.85	8	0.77	1,033	52.28	0.143
+Determinado a través de test exacto de Fisher *Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable Fuente: elaboración propia									

existe más población con inmunodeficiencias del género masculino n=5 (55.56%) con respecto al género femenino n=3 (33.33%), y otros n=1 (1.11%) (P=0.029) y por último, hay mayor población mayor de 70 años del género masculino n=26 (2,89%), con respecto al género femenino n=2 (0.19%), y otros n=1 (9.09%) p= (0.000).

Tabla 3: Factores psicosociales

Pregunta/variable	Femenino		Masculino		Otros		Total		Valor P +
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%	
1.Covid-19 previo	138	49.82	137	49.46	2	0.72	277	14.02	0.238
2.Aislado por sospecha de Covid-19	432	58.22	307	41.37	3	0.40	742	37.55	0.011
3.Abandono de empleo por posible contagio	65	59.63	44	40.37	0	0.00	109	5.52	0.436
4.Ansiedad por posible despido al contraer la enfermedad	273	55.49	214	43.50	5	1.02	492	24.90	0.186
5.Ansiedad por posibilidad de muerte o secuelas	726	55.76	569	43.70	7	0.54	1,302	65.89	0.073
6.Ansiedad por posible contagio a familia o cercanos	925	56.85	692	42.53	10	0.61	1,627	82.34	0.000
7.Discriminación y/o ultraje físico o psicológico por ser personal de salud	228	62.98	131	36.19	3	0.83	362	18.32	0.000
8.Disposicion adecuados elementos de protección personal	850	53.66	729	46.02	5	0.32	1,584	80.16	0.018
+Determinado a través de test exacto de Fisher									
*Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable									
Fuente: elaboración propia									

Con respecto a la **tabla 3** podemos apreciar que sólo algunos de los factores psicosociales, muestran asociaciones estadísticamente significativas: aislamiento por sospecha de COVID 19, siendo las mujeres las más afectadas n=432 (58.22%), con respecto a la población masculina n=307 (41.37%), y otros n=3 (0.40%) P=(0.011), ansiedad por la posibilidad de contagiarse de la enfermedad (COVID 19) a los familiares y allegados, con una afectación mayor por parte del género femenino n=925 (56.85%) con respecto al masculino n=692 (42.53%), y otros n=10 (0.61%) P= (0.000), percepción de discriminación y alguna otra forma de ultraje físico o psicológico, presentándose mayormente en mujeres n=228 (62.98%), que en hombres n=131 (36.19%), y otros n=3 (0.83%) P=(0.000); por último, existe una mayor percepción de adecuados elementos de bioseguridad de protección personal:

por parte de las mujeres n=850 (53.66%) con respecto a los hombres n=729 ((46.02%)) y otros n=5 (0.32%) P=(0.018).

Tabla 4: Comorbilidades psiquiátricas previas

Pregunta/variable	Femenino		Masculino		Otros		Total		Valor p+
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%	
Ansiedad	124	65.96	62	32.98	2	1.06	188	9.51	0.001
Insomnio	99	55.31	79	44.13	1	0.56	179	9.06	0.904
Depresión	129	69.73	54	29.19	2	1.08	185	9.36	0.000
Estrés	31	56.36	24	43.64	0	0.00	55	2.78	0.843
Sin Diagnósticos previos	809	52.26	733	47.35	6	0.39	1,548	78.34	0.001

+Determinado a través de test exacto de Fisher
*Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable
Fuente: elaboración propia

Es apreciable, dentro de los resultados, que hay una asociación estadísticamente significativa entre el género y padecer ciertos tipos de comorbilidad psiquiátrica previa, en específico ansiedad: mujeres n=124 (65.96%), hombres n=62 (32.98%), otros: n=2 (1.06%) P=(0.001), Depresión: mujeres n=129 (69.73%), hombres n=54 (29.19%), otros: n=2 (1.08%) P=(0.000), no obstante, también es apreciable que existen asociaciones estadísticamente significativas de no padecer de diagnósticos psiquiátricos previos y el género, siendo mayor la ausencia de diagnósticos de este tipo en mujeres n=809 (52.26%), que en n=hombres n=733 (47.35%), y otros: n=6 (0.39%) P=(0.001), como se puede apreciar en la **(tabla 4)**.

Tabla 5: Consumo de psicofármacos

Pregunta/variable	Femenino		Masculino		Otros		Total		Valor P+
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%	
1.benzodiacepinas	19	52.78	16	44.44	1	2.78	36	1.82	0.257
2.anticonvulsivantes	2	33.33	4	66.67	0	0.00	6	0.30	0.441
3.antidepresivos	122	69.32	52	29.55	2	1.14	176	8.91	0.000
4.moduladores del animo	22	68.75	10	31.25	0	0.00	32	1.62	0.244
5.antipsicóticos	8	53.33	7	46.67	0	0.00	15	0.76	1.000
6.hipnóticos	17	44.74	19	50.00	2	5.26	38	1.92	0.013
7.sedantes	14	46.67	16	53.33	0	0.00	30	1.52	0.545
8.Sin consumo previo de psicofármacos	904	52.83	801	46.81	6	0.35	1,711	86.59	0.000

+Determinado a través de test exacto de Fisher
*Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable
Fuente: elaboración propia

Asimismo, es evidenciable que existe una tendencia estadísticamente significativa de acuerdo al género, de consumir los siguientes psicofármacos: antidepresivos: mujeres: n=122 69.32%, hombres: n=52 29.55% y otros n=2 (1.14%) P=0.0 00, hipnóticos mujeres: n=17 44.74 %, hombres: n=19 50.0 0% y otros n=2 (5.26%) P=0.013 sin embargo es de destacar que también hay 1 asociación entre el género y no consumir ningún psicofármaco, siendo las mujeres: n=904 52.83% las que menos consumen este tipo de fármacos con respecto a los hombres n=801 46.81% y otros n=6 0.35% P=0.0 00 (**tabla 5**).

Tabla6: Ocupación / labor

Pregunta/variable	Personal de 1era línea de atención		Personal de 2nda línea de atención		Total		Valor P+
	n	%*	n	%*	n	%	
1.Unidad de cuidados intensivos o intermedios	41	1.84	259	28.46	300	15.18	0.000
+Determinado a través de test exacto de Fisher *Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable Fuente: elaboración propia							

El personal de 1ª y 2ª línea, desempeña labores en la unidad de cuidados intensivos o intermedios ocasional o permanentemente, hecho evidenciable en la asociación que se presenta entre el tipo de personal y las labores desempeñadas allí, la cual es estadísticamente significativa: personal de 1ª línea: n=41 (1.84%), personal de 2ª línea n=259 (28.46%) P=(0.0 00) **tabla 6**.

En la **tabla 7** podemos encontrar que existe una asociación con significancia estadística entre el tipo de personal y algunos factores de riesgo: hipertensión arterial: personal de 1ª línea n=168 15.76% personal de 2ª línea n=104 11.43% P= 0.0 06, cáncer personal de 1ª línea: n=17 1.59% personal de 2ª línea: n=5 0.55% P= 0.0 31, desnutrición proteicocalórica personal de 1ª línea n=27 2.53% personal de 2ª línea n=4 0.44% P= 0.0 00 tener más de 70 años personal de 1ª línea n=23 2,16% personas de 2ª línea n=6 0.66% P= 0.0 08 ,

Tabla 7: Factores de riesgo

pregunta/variable	Personal de 1era línea de atención		Personal de 2nda línea de atención		Total		Valor P+
	n	%*	n	%*	n	%	
1.Diabetes mellitus	20	1.88	17	1.87	37	1.87	1.000
2.Hipertensión arterial	168	15.76	104	11.43	272	13.77	0.006
3.Patología cardiovascular	40	3.75	29	3.19	69	3.49	0.540
4.Patología pulmonar	69	6.47	43	4.73	112	5.67	0.098
5.Falla renal crónica dialítico requiriente	2	0.19	1	0.11	3	0.15	1.000
6.Hipotiroidismo	92	8.63	69	7.58	161	8.15	0.410
7.Patología autoinmune	40	3.75	22	2.42	62	3.14	0.094
8.Manejo con corticoesteroides	18	1.69	15	1.65	33	1.67	1.000
9.Inmunodeficiencias	5	0.47	4	0.44	9	0.46	1.000
10.Cáncer	17	1.59	5	0.55	22	1.11	0.031
11.Sobrepeso/obesidad	270	25.33	226	24.84	496	25.10	0.835
12.Desnutrición	27	2.53	4	0.44	31	1.57	0.000
13.Consumo de cigarrillo	27	2.53	36	3.96	63	3.19	0.094
14.Consumo de alcohol	13	1.22	3	0.33	16	0.81	0.041
15.> 70 años	23	2.16	6	0.66	29	1.47	0.008
16.No presento factores de riesgo	524	49.16	509	55.93	1,033	52.28	0.003
+Determinado a través de test exacto de Fisher							
*Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable							
Fuente: elaboración propia							

No obstante, cabe resaltar, que la mayor parte de la población de la muestra, no presenta factores de riesgo de forma estadísticamente significativa personal de 1ª línea n=524 49.16% personas de 2ª línea n=509 55.93% P= 0.0 03 **tabla 7.**

Tabla8: Comorbilidades previas

pregunta/variable	personal de 1era línea de atención		personal de 2nda línea de atención		Total		Valor P+
	n	%*	n	%*	n	%	
1. Ansiedad	99	9.29	89	9.78	188	9.51	0.758
2. Insomnio	101	9.47	78	8.57	179	9.06	0.529
3. Trastorno depresivo	96	9.01	89	9.78	185	9.36	0.588
4. Estrés	34	3.19	21	2.31	55	2.78	0.273
5. Sin Diagnósticos anteriores	840	78.80	708	77.80	1,548	78.34	0.622

+Determinado a través de test exacto de Fisher
 *Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable
 Fuente: elaboración propia

En la tabla 8, en contraste, podemos evidenciar que no hay asociación estadísticamente significativa entre ser personal de 1ª o 2ª línea de atención para pacientes, COVID 19 y tener comorbilidades psiquiátricas previas **tabla 8**.

Tabla 9: Consumo de psicofármacos

pregunta/variable	personal de 1era línea de atención		personal de 2nda línea de atención		Total		Valor P+
	n	%*	n	%*	n	%	
1. Benzodiacepinas	20	1.88	16	1.76	36	1.82	0.868
2. Anticonvulsivantes	6	0.56	0	0.00	1766	0.30	0.034
3. Antidepresivos	101	9.47	75	8.24	176	8.91	0.343
4. Moduladores del animo	26	2.44	6	0.66	32	1.62	0.002
5. Antipsicóticos	5	0.47	10	1.10	15	0.76	0.124
6. Hipnóticos	24	2.25	14	1.54	38	1.92	0.324
7. Sedantes	13	1.22	17	1.87	30	1.52	0.271
8. No consumo psicofármacos	916	85.93	795	87.36	1,711	86.59	0.355

+Determinado a través de test exacto de Fisher
 *Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable
 Fuente: elaboración propia

Mientras que en la tabla 9 podemos evidenciar una asociación estadísticamente significativa entre el tipo de personal de atención y el consumo de anticonvulsivantes: 1ª línea de atención: N: 6 (0.56 %), 2ª línea de atención: N: 0 (0.00 %) P: (0.034), y moduladores del animo: 1ª línea de atención: N:

(2,44%), 2ª línea de atención N: 6 (0.66 %) P: (0.0 02), sin poderse observar otras asociaciones que sean estadísticamente significativas. **tabla 9.**

Tabla 10: Factores psicosociales

pregunta/variable	personal de 1era línea de atención		personal de 2da línea de atención		Total		Valor P+
	n	%*	n	%*	n	%	
1.Covid-19 previo	126	11.82	151	16.59	277	14.02	0.003
2.Aislado por sospecha de Covid-19	365	34.24	377	41.43	742	37.55	0.001
3.Abandono de empleo por posible contagio	66	6.19	43	4.73	109	5.52	0.167
4.Ansiedad por posible despido al contraer la enfermedad	204	19.14	288	31.65	492	24.90	0.000
5.Ansiedad por posibilidad de muerte o secuelas	659	61.82	643	70.66	1,302	65.89	0.000
6.Ansiedad por posible contagio a familia o cercanos	825	77.39	802	88.13	1,627	82.34	0.000
7.Discriminación y/o ultraje físico o psicológico por ser personal de salud	131	12.29	231	25.38	362	18.32	0.000
8.Adecuados elementos de protección personal	877	82.27	707	77.69	1,584	80.16	0.013
+Determinado a través de test exacto de Fisher							
*Los porcentajes fueron Estimados con base al total de n reportado en la columna derecha para cada variable							
Fuente: elaboración propia							

En la **tabla 10** es observable dentro de los resultados que hay una relación estadísticamente significativa, entre el tipo de personal de atención y, haber padecido de COVID previamente: 1ª línea de atención N: 126 (11.82 %), 2ª línea de atención N: 151 (16.59 %), P: (0.0 03), haber sido aislado por sospecha de COVID 19: personal de 1ª línea N: 66 (6.19 %), personal de 2ª línea N: 377 (41.43 %) P: (0.0 01), ansiedad por posible despido al contraer COVID 19: personal de 1ª línea: N: 204 (19.14 %), personal de 2ª línea N: 288 (31.65 %), P: (0.0 00), ansiedad por posibilidad de muerte o secuelas permanentes: personal de 1ª línea: 659 (61.82 %), personal de 2ª línea: 643 (70.66 %), P: (0.0 00), ansiedad por posible contagio a familia o cercanos personal de 1ª línea N: 825 (77.39 %), personas de 2ª línea N: 802 (88.3 %) P: (0.0 00), discriminación y o ultraje físico psicológico por ser

personal de salud personal de 1ª línea: N: 131 (12.99 %), personal de 2ª línea N: 231 (25.38 %) P: (0.000), percepción de adecuado suministro de elementos de protección personal: 1ª línea N: 877 (82.27 %) 2ª línea: N: 707 (77.69 %,) P: (0.0 13).

Discusión

Es innegable el impacto que ha tenido para nuestra sociedad la pandemia de COVID 19; el aislamiento junto con las alteraciones propias del funcionamiento social, así, como la posibilidad de morir entre otros factores, han hecho que la enfermedad mental esté a la orden del día en la población civil, sin embargo, la población que se encuentra en mayor contacto con el agente patógeno y los pacientes contagiados sigue siendo el personal de salud, en especial el personal médico de nuestro país, ellos, al ser también seres humanos y a su vez parte de la población civil, también son vulnerables al desarrollo de diversos tipos de enfermedad mental.

Un diferencial que caracteriza a este tipo población (personal de salud) con respecto a personas del común, es que son más conscientes de la dimensión del problema que representa esta pandemia y asimismo, de los factores de riesgo que pueden llegar a presentar y que a su vez, influyen a la hora de desarrollar un desenlace fatal, al contraer la enfermedad (COVID 19); entre los factores de riesgo que podemos relacionar de forma estadísticamente significativa y teniendo en cuenta los resultados de este estudio, se encuentran patologías previas como: la hipertensión arterial , diabetes mellitus, alteraciones cardiovasculares, las cuales, se presentan mucho más frecuentemente en el personal médico de género masculino y, en contraste, podemos apreciar que existe una asociación entre el personal médico de género femenino y el hecho de presentar comorbilidades previas, como enfermedades autoinmunes e hipotiroidismo. De igual manera, llama la atención, el estoicismo de muchos profesionales que pese a conocer que la edad (mayor de 70 años) constituye un factor de riesgo ostensible para un desenlace fatal a la hora de desarrollar la enfermedad (COVID 19), continúan llevando a cabo el ejercicio clínico. Lo anterior, decanta en la tendencia del personal de salud de presentar síntomas ansiosos y angustia en relación con llegar a morir o presentar secuelas permanentes, al contraer la enfermedad (COVID 19), en especial en el caso de los médicos de 1ª línea y de género femenino, como es posible dilucidar en nuestros resultados y, lo que pone en alto riesgo al personal de salud involucrado de reportar sintomatología psiquiátrica , hecho que es destacable y que ya se pudo objetivar en otros brotes pandémicos, como el acaecido en Hong Kong, secundario a SARS, en donde se reportó que el 89% de los trabajadores de la salud que se encontraban en situaciones de alto riesgo, informaron síntomas psiquiátricos.

Pero, no sólo estos factores mencionados anteriormente intervienen para el desarrollo de enfermedades mentales, como trastornos ansiosos depresivos, trastornos de sueño o de estrés en el personal médico de 1ª de 2ª línea, sino que también, y de forma estadísticamente significativa, es

posible apreciar a partir de los resultados del estudio ya descritos, que el personal médico está expuesto a diferentes presiones, no sólo desde el ámbito laboral y familiar sino, también a partir de el odio, el rechazo y la ignorancia de la sociedad misma, cómo es posible apreciarlo al evidenciarse en nuestros resultados, la asociación estadísticamente significativa, entre ser personal de salud de 1ª y 2ª línea de atención y percibir ansiedad por la posibilidad de perder su empleo al contraer la enfermedad (COVID 19), por la posibilidad de contagiar familiares allegados y seres queridos, y el sentirse ultrajado física y psicológicamente por parte de personas externas a su círculo social más cercano. Lo anterior es posible equiparlo con previos brotes pandémicos como el del SARS , en el que el personal de salud se percibió discriminado en alrededor de un 20% , porcentaje que asciende de manera amplia al compararlo con regiones específicas afectadas por esta pandemia (SARS) como Singapur , en donde se llegó a reportar una tasa de percepción de discriminación hacia el personal médico de alrededor de 46 %. Llama la atención, una mayor tendencia del personal de 2ª línea de atención, de percibir ultrajes tanto físicos como psicológicos por parte de terceros. Este fenómeno podría explicarse por diferencias entre las jornadas con respecto al personal de 1ª línea y mayor interacción con otros individuos dentro de 1 contexto social no clínico así como el contacto con pacientes no críticos y sus allegados que podrían llegar a no valorar el papel crucial del personal de salud dentro de la sociedad en esta pandemia.

Se pudo objetivar en nuestro estudio, una preocupación clara por contagiar a familiares y allegados, lo que se ve traducido en una menor disposición por parte del personal médico a asistir a sus lugares de trabajo , esto lo podemos equiparar con una encuesta llevada a cabo en la ciudad de Nueva York , durante el brote pandémico de SARS en el año 2002 donde se vio que el personal de salud tuvo menor disposición en eventos en los que se percibe un riesgo propio como los relacionados con el brote de SARS-CoV en un (48%) de los encuestados

Podemos adicionalmente apreciar, por consiguiente, una mayor tendencia por parte del personal de salud de consumo de ciertos psicofármacos, como hipnóticos de diferentes tipos y antidepresivos estos últimos teniendo mayor cabida en el personal de salud femenino en los primeros en el masculino lo que sugiere mayor tendencia al desarrollo de sintomatología depresiva y ansiosa al desempeñar sus diferentes funciones como médicos de 1ª o 2ª línea en el contexto de la pandemia actual.

Con los resultados obtenidos, también podemos abrir una serie de interrogantes que adicionalmente conviene analizar con miras a entender un poco más el contexto y la realidad humana que pueden llegar a experimentar el personal médico de 1ª y 2ª línea durante esta pandemia; Como por ejemplo; que, explica la asociación estadísticamente significativa entre ser personal de 1ª línea de atención y tener como comorbilidad previa algún tipo de cáncer o porque existe una asociación

estadísticamente significativa entre desnutrición proteicoalórica y ser personal de primera línea, es acaso este tipo de labor clínica un factor de riesgo para descuidar hábitos de auto preservación como el hecho de ingerir alimentos y nutrientes , o presentar desnutrición proteicoalórica es parte del desarrollo sintomático de un trastorno depresivo mayor como resultado de llevar a cabo este tipo de actividades clínicas?

Conclusiones:

Existen muchas correlaciones estadísticas entre el desarrollo de sintomatología en salud mental por parte del personal médico y, estar expuesto a desarrollar labores médico asistenciales de primera y segunda línea de atención para pacientes COVID- 19, positivos durante la pandemia actual; sin embargo , es necesario ahondar mucho más en las posibles asociaciones entre diferentes tipos de trastorno o sintomatología menta,l y estar expuesto a la atención de pacientes afectados por la pandemia , no solo por la importancia que representa determinar la salud mental del personal médico durante una debacle como la de este tipo , sino también, por la escases de información al respecto, y la necesidad de garantizar una mejor integridad en relación con la esfera mental hacia personal de salud que está exponiendo su vida durante la crisis sanitaria actual así como, durante las venideras.

Anexos

1. Consentimiento informado

He sido informado que el Grupo de Investigación en Trastornos del Sueño y Psiquiatría Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, está realizando un estudio que permitirá conocer la presencia de ansiedad, depresión, estrés e insomnio, debidos a la situación psicosocial actual acaecida por la pandemia de COVID-19, secundaria a SARS-CoV-2, mediante la aplicación de 4 instrumentos psicométricos. Se me informó que dentro de la investigación no se me realizarán exámenes de laboratorio de ningún tipo; entiendo que para esto debo responder una encuesta que consta de 41 preguntas de opción múltiple cada una de las cuales será necesario responder para poder progresar en el diligenciamiento de ésta, la encuesta me fue suministrada y la responderé por medio electrónico, para lo cual, se ha estimado un tiempo aproximado de 15 minutos. Entiendo, que la participación es enteramente voluntaria y se respetará mi elección sin que ello ocasione algún tipo de sanción. Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno, que no obtendré beneficio individual y que se espera que el beneficio sea recibido mediante el conocimiento ganado por medio de este. Entiendo que para progresar en el desarrollo de la encuesta serán requeridos algunos datos personales como mi nombre y número de identificación, que la información obtenida será tratada de manera confidencial y no voy a ser personalmente identificado en los resultados del estudio. He

dejado claro que estoy enteramente de acuerdo con las características del estudio, así como, con mi participación voluntaria en el mismo. Sé que si en un futuro tuviera alguna duda, puedo contactar al Dr. Diego Mauricio Castro Quintero, residente de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, al teléfono 3188694078 o al Dr. Franklin Escobar Córdoba al teléfono 3223760244.

2. Encuesta implementada

Sección 1 de 9

SALUD MENTAL DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 SECUNDARIA A SARS-CoV2 EN PERSONAL MÉDICO

He sido informado que el Grupo de Investigación en Trastornos del Sueño y Psiquiatría Forense de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, está realizando un estudio que permitirá conocer la presencia de ansiedad, depresión, estrés e insomnio debidos a la situación psicosocial actual acaecida por la pandemia de COVID-19, secundaria a SARS-CoV-2, mediante la aplicación de 4 instrumentos psicométricos. Se me informó que dentro de la investigación no se me realizarán exámenes de laboratorio de ningún tipo; entiendo que para esto debo responder una encuesta que consta de 41 preguntas de opción múltiple cada una de las cuales será necesario responder para poder progresar en el diligenciamiento de esta, la encuesta me fue suministrada y la responderé por medio electrónico, para lo cual, se ha estimado un tiempo aproximado de 15 minutos. Entiendo que la participación es enteramente voluntaria y se respetará mi elección sin que ello ocasione algún tipo de sanción. Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno, que no obtendré beneficio individual y que se espera que el beneficio sea recibido mediante el conocimiento ganado por medio de este. Entiendo que para progresar en el desarrollo de la encuesta serán requeridos algunos datos personales como mi nombre y número de identificación, que la información obtenida será tratada de manera confidencial y no voy a ser personalmente identificado en los resultados del estudio. He dejado claro que estoy enteramente de acuerdo con las características del estudio, así como con mi participación voluntaria en el mismo. Sé que si en un futuro tuviera alguna duda, puedo contactar al Dr. Diego Mauricio Castro Quintero, residente de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, al teléfono 3188694078 o al Dr. Franklin Escobar Córdoba al teléfono 3223760244.

Correo *

Correo válido

Este formulario registra los correos. [Cambiar configuración](#)

Sección 2 de 9

Consentimiento informado



Yo : (coloque su nombre completo) *

Identificado con la cédula de ciudadanía: (coloque su número de cédula) *

Soy médico graduado, residente en Colombia, y actualmente ejerzo labores médicas asistenciales. (Es esencial que cumpla estas características de lo contrario no podrá continuar con el desarrollo del cuestionario) *

He sido informado que el Grupo de Investigación en trastornos del sueño y psiquiatría forense * de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, está realizando un estudio que permitirá conocer la presencia de ansiedad, depresión, estrés e insomnio secundario a la situación psicosocial actual acaecida por la pandemia de COVID -19, secundaria a SARS Cov-2, mediante la aplicación de 4 instrumentos psicométricos. Se me informó que dentro de la investigación no se me realizarán exámenes de laboratorio de ningún tipo; entiendo que para esto debo responder una encuesta que consta de 41 preguntas de opción múltiple que me fue suministrada, y responderé por medio electrónico, para lo cual, se ha estimado un tiempo aproximado de 15 minutos. Entiendo que la participación es enteramente voluntaria y se respetará mi elección sin que ello ocasione algún tipo de sanción. Entiendo que participar en el estudio no conlleva riesgo alguno, que no obtendré beneficio individual y que se espera que el beneficio sea recibido mediante el conocimiento ganado por medio del mismo. Entiendo que la información obtenida será tratada de manera confidencial y que no voy a ser personalmente identificado en los resultados del estudio. He dejado claro que estoy enteramente de acuerdo con las características del estudio, así como con mi participación voluntaria en el mismo. Sé que si en un futuro tuviera alguna duda, puedo contactar al Dr. Diego Mauricio Castro Quintero, residente de psiquiatría de la Universidad Nacional de Colombia, al teléfono 3188694078 o al Dr. Franklin Escobar Córdoba al teléfono 3223760244.

Sección 3 de 9

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

La información obtenida será tratada de manera confidencial

EDAD (en años) *

Texto de respuesta corta
.....

GENERO *

Masculino

Femenino

Otro

ES PERSONAL MEDICO DE PRIMERA LINEA DE ATENCIÓN PARA PACIENTES COVID 19 POSITIVO?(Durante sus labores atiende de forma estrecha , realiza procedimientos terapéuticos a escasa distancia del paciente , o interactúa físicamente con pacientes diagnosticados con COVID-19 o con alta probabilidad de padecer la enfermedad?) *

SI

NO

ACTUALMENTE DESEMPEÑA SUS ACTIVIDADES ASISTENCIALES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS O INTERMEDIOS? *

SI

NO

EN OCASIONES

TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 PRESENTADOS A CONTINUACIÓN? (se expone una lista de factores de riesgo que lo hacen más susceptible al contagio de COVID-19 o más propenso a desarrollar síntomas severos durante el cuadro ; seleccione EL o LOS factores de riesgo que considera presentar actualmente , DE NO PRESENTAR NINGUNO SELECCIONE LA OPCIÓN " NO PRESENTO FACTORES DE RIESGO") *

- DIABETES MELLITUS TIPO 1 O TIPO 2
- HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESCENCIAL
- PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR DE CUALQUIER TIPO
- PATOLOGÍA PULMONAR CRÓNICA DE CUALQUIER TIPO
- FALLA RENAL CRÓNICA REQUIRIENTE DE DIALISIS
- HIPOTIROIDISMO
- PATOLOGIA AUTOINMUNE DE CUALQUIER TIPO
- MANEJO ACTUAL CON CORTICOESTEROIDES POR CUALQUIER VÍA DE ADMINISTRACIÓN
- INMUNODEFICIENCIAS
- CÁNCER DE CUALQUIER TIPO
- SOBREPESO U OBESIDAD EN CUALQUIER GRADO (IMC MAYOR O IGUAL 25)
- DESNUTRICIÓN PROTEICOCALÓRICA(IMC MENOR O IGUAL A 16)
- CONSUMO CRÓNICO DE CIGARRILLO
- CONSUMO CRÓNICO DE ALCOHOL
- 70 AÑOS DE EDAD O MAYOR
- *****NO PRESENTO FACTORES DE RIESGO*****
- Otra...

Otra...

SUFRE DE ALGUNA(S) DE LAS SIGUIENTE(S) CONDICION(ES) ? (seleccione el padecimiento *
que usted considere sufrir siempre y cuando haya sido previamente diagnosticado por un
médico especialista en psiquiatría; SI NO TIENE NINGÚN DIAGNÓSTICO DE SALUD MENTAL
SELECCIONE LA OPCIÓN **** NO TENGO DIAGNÓSTICOS PREVIOS POR PSIQUIATRÍA****)

- TRASTORNO DE ANSIEDAD
- INSOMINIO U OTROS TRANSTORNOS DEL SUEÑO
- TRASTORNO DEPRESIVO
- TRASTORNO DE ESTRÉS
- **** NO TENGO DIAGNÓSTICOS PREVIOS POR PSIQUIATRÍA****
- Otra...

...

CONSUME ACTUALMENTE ALGÚN MEDICAMENTO PSIQUIÁTRICO (seleccione la opción * del
grupo farmacológico que corresponda a la medicación que usa al momento actual , SI NO
ESTA TOMANDO NINGÚN MEDICAMENTO PSIQUIÁTRICO SELECCIONE LA OPCIÓN : **** NO
CONSUMO ACTUALMENTE NINGÚN MEDICAMENTO PSIQUIÁTRICO****)

- BENZODIACEPINAS
- ANTICONVULSIVANTES
- ANTIDEPRESIVOS
- MODULADORES DEL ANIMO
- ANTIPSICÓTICOS
- HIPNÓTICOS
- SEDANTES
- **** NO CONSUMO ACTUALMENTE NINGÚN MEDICAMENTO PSIQUIÁTRICO****

[Preguntas](#) [Respuestas](#) [Ayuda](#) [Configuración](#)

TIPNOTICOS

SEDANTES

**** NO CONSUMO ACTUALMENTE NINGÚN MEDICAMENTO PSIQUIÁTRICO****

Otra...

HA SIDO DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE CON COVID-19? *

SI

NO

HA SIDO AISLADO POR SOSPECHA O DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD COVID-19? *

SI

NO

Después de la sección 3 Ir a la siguiente sección

Sección 4 de 9

FACTORES PSICOSOCIALES

A continuación se le realizarán unas preguntas sobre su situación psicosocial reciente; al responderlas seleccione la opción que más considere que se ajusta a su contexto actual .

HA RENUNCIADO A SU(S) EMPLEO(S) ANTERIOR(ES) POR MIEDO DE CONTAGIARSE DE LA ENFERMEDAD COVID - 19? *

Sí

No

SE SIENTE O SE HA SENTIDO , TEMEROSO O ANSIOSO POR LA POSIBILIDAD DE MORIR O SUFRIR SECUELAS DE GRAVEDAD AL SER DIAGNOSTICADO CON COVID -19? *

- Sí
- No

SE SIENTE O SE HA SENTIDO , TEMEROSO O ANSIOSO POR LA POSIBILIDAD DE REGRESAR A SU VIVIENDA Y CONTAGIAR A SUS FAMILIARES O ALLEGADOS? *

- Sí
- No

HA SIDO DISCRIMINADO , AGREDIDO , O ULTRAJADO VERBAL O FÍSICAMENTE POR SER PERSONAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA COVID-19? *

- Sí
- No

CONSIDERA QUE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL PARA EL DESEMPEÑO DE SU LABOR SON ADECUADOS ? *

- Sí
- No

Después de la sección 4 Ir a la siguiente sección

Sección 5 de 9

****ESCALA PARA VALORACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG****



****ESCALA PARA VALORACIÓN DE ANSIEDAD DE ZUNG****



VERSIÓN ABREVIADA DE 10 ITEMS

1. Se ha sentido últimamente más nervioso y ansioso? *

- Nunca
- A veces
- Muchas veces
- Siempre

2. Se ha sentido temeroso sin razón? *

- Nunca
- A veces
- Muchas veces
- Siempre

3. Se ha irritado fácilmente o ha sentido pánico? *

- Nunca
- A veces
- Muchas veces
- Siempre

4. Ha sentido que se está derrumbando? *

- Nunca
- A veces
- Muchas veces
- Siempre

5. Se ha sentido tembloroso? *

- Nunca
- A veces
- Muchas veces
- Siempre

6. Le ha dolido el cuello, la espalda o la cabeza? *

- Nunca
- A veces
- Muchas veces
- Siempre

7. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente? *

- Nunca

Muchas veces

Siempre

7. Se ha sentido débil y se cansa fácilmente? *

Nunca

A veces

Muchas veces

Siempre

8. Ha sentido palpitaciones, taquicardia, últimamente? *

Nunca

A veces

Muchas veces

Siempre

9. Se ha sentido últimamente mareado? *

Nunca

A veces

Muchas veces

Siempre

10. Ha sentido náuseas y malestar en el estómago? *

10. Ha sentido náuseas y malestar en el estómago? *

- Nunca
- A veces
- Muchas veces
- Siempre

Después de la sección 5 Ir a la siguiente sección

Sección 6 de 9

****PHQ9 ****



CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE - 9 ITEMS (TAMIZAJE DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR)

11. Poco interés o placer en hacer cosas ? *

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

12. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas ? *

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

13. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado ? *

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

14. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía ? *

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

15. Se ha sentido sin apetito o ha comido en exceso? *

Ningún día

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

16. 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 ? *

16. 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 ? *

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

17. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión ? *

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

18. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más delo normal ? *

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

19. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera ? *

- Ningún día
- Varios días

- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

19. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera ? *

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Después de la sección 6 Ir a la siguiente sección

Sección 7 de 9

*****EPP14*****



ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO -14 ITEMS

...

20. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

21. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas ? *

21. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

22. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

23. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

Muy a menudo

24. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida? *

Nunca

Casi nunca

De vez en cuando

A menudo

Muy a menudo

25. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales? *

Nunca

Casi nunca

De vez en cuando

A menudo

Muy a menudo

26. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? *

Nunca

Casi nunca

De vez en cuando

A menudo

- A menudo
- Muy a menudo

27. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

28. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

29. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo

- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

30. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

31. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

32. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

33. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas? *

- Nunca
- Casi nunca
- De vez en cuando
- A menudo
- Muy a menudo

*****ESCALA DE INSOMNIO DE ATENAS*****



8 ITEMS

34.INDUCCIÓN AL SUEÑO (el tiempo que te lleva dormirte desde que apagas la luz) *

- No tengo ningún problema
- Un poco de retraso
- Tardo bastante
- Muy retrasado o no duermo

35. DESPERTARES DURANTE LA NOCHE *

- No tengo ningún problema
- Problema menor
- Un problema considerable
- Un serio problema o no duermo nada

36. ME DESPIERTO FINALMENTE ANTES DE LO QUE ME GUSTARÍA *

- No antes
- Un poco antes
- Bastante antes
- Mucho antes o no duermo nada

111

37. DURACIÓN TOTAL DE SUEÑO *

- Suficiente
- Ligeramente Insuficiente
- Marcadamente Insuficiente
- Muy insuficiente o no duermo nada

Ligeramente insuficiente
 Marcadamente insuficiente
 Muy insuficiente o no duermo nada

38. CALIDAD DEL SUEÑO EN GLOBAL (No importa durante cuánto tiempo hayas dormido) *

 Satisfactorio
 Ligeramente satisfactorio
 Marcadamente insatisfactorio
 Muy insatisfactorio o no duermo nada

39. BIENESTAR DURANTE EL DÍA *

 Normal
 Ligeramente disminuido
 Marcadamente disminuido
 Muy disminuido

40. FUNCIONAMIENTO (FÍSICO Y MENTAL) DURANTE EL DÍA *

 Normal
 Ligeramente disminuido
 Marcadamente disminuido
 Muy disminuido

41. SOMNOLENCIA DURANTE EL DÍA *

 Nada
 Leve
 Considerable
 Intensa

Después de la sección 8 ir a la siguiente sección

Sección 9 de 9

*** GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Si los puntajes obtenidos ameritan atención médica alguno de los investigadores se pondrá en contacto con usted para brindarle o facilitar el soporte requerido según sea el caso

3. Escalas implementadas

Escala de Depresión de Zung (ZDS)

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Marque junto a cada frase la casilla que mejor refleje su situación actual.

		Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1	Me siento triste y deprimido.				
2	Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.				
3	Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4	Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.				
5	Ahora tengo tanto apetito como antes.				
6	Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.				
7	Creo que estoy adelgazando.				
8	Estoy estreñado.				
9	Tengo palpitaciones.				
10	Me canso por cualquier cosa.				
11	Mi cabeza está tan despejada como antes.				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto.				
14	Tengo esperanza y confío en el futuro.				
15	Me siento más irritable que habitualmente.				
16	Encuentro fácil tomar decisiones.				

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"/>

Desarrollado por los Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educacional por parte de Pfizer Inc. No se requiere permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir.

Tabla 1. Escala de estrés percibido

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

ESCALA ATHENS DE INSOMNIO

Esta escala intenta recoger tu propia evaluación de cualquier dificultad para dormir que puedas haber experimentado. Por favor comprueba (realizando un círculo en el número correcto) los siguientes apartados más abajo para estimar cualquier dificultad que puedas padecer, siempre y cuando ocurran al menos tres veces por semana durante el último mes.

1. INDUCCIÓN AL SUEÑO (el tiempo que te lleva dormirte desde que apagas la luz)

0	1	2	3
No tengo ningún problema	Un poco de retraso	Tardo bastante	Muy retrasado o no duermo nada

2. DESPERTARES DURANTE LA NOCHE

0	1	2	3
No tengo ningún problema	Problema menor	Un problema considerable	Un serio problema o no duermo nada

3. ME DESPIERTO FINALMENTE ANTES DE LO QUE ME GUSTARÍA

0	1	2	3
No antes	Un poco antes	Bastante antes	Mucho antes o no duermo nada

4. DURACIÓN TOTAL DE SUEÑO

0	1	2	3
Suficiente	Ligeramente insuficiente	Marcadamente insuficiente	Muy insuficiente o no duermo nada

5. CALIDAD DEL SUEÑO EN GLOBAL (No importa durante cuánto tiempo hayas dormido)

0	1	2	3
Satisfactorio	Ligeramente insatisfactorio	Marcadamente insatisfactorio	Muy insatisfactorio o no duermo nada

6. BIENESTAR DURANTE EL DÍA

0	1	2	3
Normal	Ligeramente disminuido	Marcadamente disminuido	Muy disminuido

7. FUNCIONAMIENTO (FÍSICO Y MENTAL) DURANTE EL DÍA

0	1	2	3
Normal	Ligeramente disminuido	Marcadamente disminuido	Muy disminuido

8. SOMNOLENCIA DURANTE EL DÍA

0	1	2	3
Nada	Leve	Considerable	Intensa

Bibliografia:

1. Peng EYC, Lee MB, Tsai ST, Yang CC, Morisky DE, Tsai LT, et al. Population-based post-crisis psychological distress: An example from the SARS outbreak in Taiwan. *J Formos Med Assoc* [Internet]. 2010 Jul [cited 2020 Aug 11];109(7):524–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20654792/>
2. Lee SM, Kang WS, Cho AR, Kim T, Park JK. Psychological impact of the 2015 MERS outbreak on hospital workers and quarantined hemodialysis patients. *Compr Psychiatry*. 2018;
3. Chan AOM, Chan YH. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (Chic Ill)*. 2004;
4. 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*. 2020;
5. Chua SE, Cheung V, Cheung C, McAlonan GM, Wong JWS, Cheung EPT, et al. Psychological effects of the SARS outbreak in Hong Kong on high-risk health care workers. *Can J Psychiatry*. 2004;
6. Mak IWC, Chu CM, Pan PC, Yiu MGC, Chan VL. Long-term psychiatric morbidities among SARS survivors. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;
7. Huremović D. *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Springer. 2019.
8. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res*. 2008;
9. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z, et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Can J Psychiatry*. 2009;
10. Luyt CE, Combes A, Becquemin MH, Beigelman-Aubry C, Hatem S, Brun AL, et al. Long-term outcomes of pandemic 2009 influenza A(H1N1)-associated severe ARDS. *Chest* [Internet]. 2012 [cited 2020 Aug 14];142(3):583–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22948576/>
11. Altena E, Baglioni C, Espie CA, Ellis J, Gavriloff D, Holzinger B, et al. Dealing with sleep problems during home confinement due to the COVID-19 outbreak: Practical recommendations from a task force of the European CBT-I Academy [Internet]. *Journal of Sleep Research*. Blackwell Publishing Ltd; 2020 [cited 2020 Aug 14]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32246787/>
12. Xiang YT, Yang Y, Li W, Zhang L, Zhang Q, Cheung T, et al. Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The Lancet Psychiatry*. 2020.
13. Mowbray H. In Beijing, coronavirus 2019-nCoV has created a siege mentality. *The BMJ*. 2020.
14. Torales J, O'Higgins M, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A. The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020.
15. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress after SARS. *Emerg Infect Dis*. 2005;
16. Park JS, Lee EH, Park NR, Choi YH. Mental Health of Nurses Working at a Government-designated

- Hospital During a MERS-CoV Outbreak: A Cross-sectional Study. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;
17. Qureshi K, Gershon RRM, Sherman MF, Straub T, Gebbie E, McCollum M, et al. Health care workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters. *J Urban Heal*. 2005;
 18. Xiang YT, Jin Y, Cheung T. Joint International Collaboration to Combat Mental Health Challenges during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *JAMA Psychiatry*. 2020.
 19. Elizarrarás-Rivas J, Vargas-Mendoza JE, Mayoral-García M, Matadamas-Zarate C, Elizarrarás-Cruz A, Taylor M, et al. Psychological response of family members of patients hospitalised for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *BMC Psychiatry*. 2010;
 20. Vaca D, Mayorga D. ESTADOS EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON EL INSOMNIO EN EL PERSONAL DE SALUD DURANTE PANDEMIA. *Enfermería Investig* [Internet]. 2021 Jan 3 [cited 2021 Nov 10];6(1):20–6. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1023/951>
 21. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020.
 22. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*. 2020.
 23. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;
 24. Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020.
 25. Li W, Yang Y, Liu ZH, Zhao YJ, Zhang Q, Zhang L, et al. Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *Int J Biol Sci*. 2020;
 26. Lau JTF, Yang X, Tsui HY, Pang E, Wing YK. Positive mental health-related impacts of the SARS epidemic on the general public in Hong Kong and their associations with other negative impacts. *J Infect*. 2006;
 27. Flanagan E, Chadwick R, Goodrich J, Ford C, Wickens R. Reflection for all healthcare staff: A national evaluation of Schwartz Rounds. *J Interprof Care*. 2020;
 28. Roberts M. Balint groups: A tool for personal and professional resilience. *Can Fam Physician*. 2012;
 29. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. “Pandemic fear” and COVID-19: Mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020.
 30. B. M, N. R-K, A. DM, E. F, N. R. COVID-19 and telemedicine: Immediate action required for maintaining healthcare providers well-being. *J Clin Virol*. 2020;
 31. Manderscheid RW. Preparing for Pandemic Avian Influenza: Ensuring Mental Health Services and Mitigating Panic. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2007.
 32. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The impact of covid-19 epidemic declaration on psychological consequences: A study on active weibo users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;