

Niveles de estrés, depresión y funcionalidad familiar en el personal de salud de un hospital durante la pandemia por COVID-19

Levels of stress, depression and family functionality in hospital health personnel during the COVID-19 pandemic

Gabriela Marcela Vanegas Pérez^{1,a} , Sergio Moreno-Lopez^{2,b} , Juan Sebastián Lozano-Mosos^{2,c} , Esmeralda Martínez Carrillo^{1,d} , Víctor Manuel Prado Delgado^{1,e} , Edgar Guillermo Pulido Guerrero^{3,f}

Filiación y grado académico

¹ Universidad Antonio Nariño. Bogotá, Colombia.

² Hospital Central Militar, Bogotá, Colombia.

³ Universidad Antonio Nariño. Riohacha, Colombia.

^a Magister en Psicología Clínica y de la familia.

^b Doctor en Epidemiología clínica.

^c Doctor en Salud Pública.

^d Magister en Educación.

^e Doctor en Educación.

^f Magister en proyectos educativos mediados por TIC.

Contribución de los autores

GMVP, SML, JSLM, EMC, VMPD, EGPG: diseño, ejecución de la investigación y elaboración del artículo.

Fuentes de financiamiento

El estudio fue financiado por el Hospital Militar Central y la Universidad Antonio

Conflictos de interés

Todos los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

Recibido: 12-06-2022

Aceptado: 13-08-2022

Publicado en línea: 25-08-2022

Citar como

Vanegas Pérez GM, Moreno-Lopez S, Lozano-Mosos JS, Martínez Carrillo E, Prado Delgado VM, Pulido Guerrero EG. Niveles de estrés, depresión y funcionalidad familiar en el personal de salud de un hospital durante la pandemia por COVID-19. Rev Peru Cienc Salud. 2022; 4(3): 160-7. doi: <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.3.385>

Correspondencia

Gabriela Marcela Vanegas Pérez
Dirección: Calle 53 # 37*-92. Bogota, Colombia.
Email: gmvanegas@uan.edu.co

RESUMEN

Objetivo. Describir los niveles de estrés, depresión y funcionalidad familiar en el equipo de salud del Hospital Militar Central en Colombia y explorar posibles factores asociados a estas condiciones, con fines de poder generar reflexiones sobre abordajes psicoeducativos en el personal de salud. **Métodos.** Estudio observacional, analítico y transversal con un diseño no probabilístico, consecutivo, en donde se utilizaron tres instrumentos: el APGAR FAMILIAR, el HADS y un cuestionario para la evaluación del estrés Participaron 229 personas, quienes cumplieron con los criterios de elegibilidad. **Resultados.** En la población de estudio se incluyó un total de 229 trabajadores, 68 % (n = 156) fueron mujeres. Los niveles de estrés, según la frecuencia encontrada, fueron “altos” y “muy altos” con el 49,78 % (n = 114). Los participantes reportaron una funcionalidad familiar normal 61,57 % (n = 141); en cuanto al estado de depresión, sobresale el nivel normal 91,27 % (n = 209). **Conclusiones.** Se identifica al personal femenino con mayores índices de estrés, resultando una población de especial atención, además, la funcionalidad familiar aparece como factor protector ante una potencial escalada de síntomas emocionales, como la depresión.

Palabras clave: *estrés; depresión; familia; personal de salud (Fuente: DeCS-BIREME).*

ABSTRACT

Objective. To describe the levels of stress, depression and family functionality in the health team of the Central Military Hospital in Colombia and to explore possible factors associated with these conditions, in order to generate reflections on psychoeducational approaches in health personnel. **Methods.** Observational, analytical and cross-sectional study with a non-probabilistic, consecutive design, in which three instruments were used: the APGAR FAMILIAR, the HADS and a questionnaire for the evaluation of stress. 229 people participated, who met the eligibility criteria. **Results.** The study population included a total of 229 workers, 68 % (n = 156) were women. Stress levels, according to the frequency found, were "high" and "very high" with 49.78 % (n = 114). The participants reported a normal family functionality 61.57 % (n = 141); as for the depression status, the normal level stands out 91.27 % (n = 209). **Conclusions.** Female personnel are identified with higher stress indexes, resulting in a population of special attention, in addition, family functionality appears as a protective factor against a potential escalation of emotional symptoms, such as depression.

Keywords: *stress; depression; family; health personnel (Source: DeCS-BIREME).*

INTRODUCCIÓN

En enero del 2020, la OMS declaró una pandemia dado el rápido contagio a nivel mundial que se evidenció por el virus SARS-CoV-2, más conocido como COVID-19. El contagio comenzó en diciembre del 2019 en la ciudad China de Wuhan y se extendió rápidamente por varios países ⁽¹⁾. Algunos de estos países decretaron varias medidas para prevenir el contagio inminente, siendo la cuarentena generalizada, el aislamiento social y estrategias preventivas más evidentes en todo el mundo.

Estudios recientes evidencian el impacto psicológico que este contexto situacional trajo para la humanidad; por ejemplo, se realizó la aplicación de un cuestionario vía *online* a la población seleccionada ubicada en España, en donde los indicadores de depresión, ansiedad y estrés son significativos, aunque en menor proporción a algunos estudios generados en China. La explicación a esto tal vez sea que la población española ya tenía cierta información sobre el virus al llegar el aislamiento; a diferencia de la población China donde comenzó el brote en primera instancia ⁽²⁾, por otro lado, los estudios muestran que la incertidumbre frente a esta enfermedad, el aislamiento y el distanciamiento social pueden agravar la salud mental de las personas, generando problemas de ansiedad y depresión. Además, existen condiciones que intensifican los problemas psicológicos anteriores como son el sexo femenino, el ser soltero, no tener hijos, comorbilidades médicas, antecedentes de atención en salud mental y preocupaciones económicas ⁽³⁻⁷⁾.

Vale la pena señalar que para la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽⁸⁾, la depresión es un estado de ánimo que se caracteriza por tristeza, irritabilidad, pérdida del disfrute en actividades que antes parecían placenteras; además, falta de concentración, dificultades para conciliar el sueño, falta de energía, cambios en el apetito y peso corporal. Para esta misma organización, la depresión afecta al 3,8 % de la población y, en el caso extremo, puede llevar al suicidio.

Para el personal de salud, que se constituye en la primera línea de atención, el panorama no es diferente. Puesto que ha reportado estrés, ansiedad y depresión, ocasionados por los altos niveles de exposición a la muerte, la sobrecarga laboral, la falta de implementos sanitarios que ayuden a la labor y el aislamiento social entre otros aspectos ^(7,9-12).

En cuanto al estrés, considerado como una reacción ante las exigencias del contexto que ponen a prueba la capacidad del individuo para afrontar dichas demandas, se encuentra que, en el personal de salud, las condiciones

salariales, horarios y ambiente laboral aumentan los niveles de estrés; encontrando además que el personal femenino es más susceptible a padecerlo debido, adicionalmente, a la preocupación de contagiar a los suyos y, en ocasiones, la escasa red de apoyo con la que cuentan para el cuidado del hogar. El estrés puede ser el inicio de una fase adaptativa ante situaciones de crisis emocional, como la generada por la pandemia; sin embargo, si estas reacciones no se saben manejar pueden desembocar en agotamiento mental, pérdida progresiva del interés en actividades cotidianas, apatía, desprendimiento y desesperanza; reacciones que pueden escalar y convertirse en patológicas ^(13,14).

En este orden de ideas, la literatura revisada propone, como formas de cuidar la salud mental de los trabajadores de la salud, estrategias tales como: espacios de descanso, acompañamiento psicológico, mejora de apoyo social, provisión de elementos de bioseguridad, identificación temprana de problemas psicológicos en el personal y sus familiares, capacitación profesional sobre la intervención en COVID-19, entre otros ^(15,11).

Algunos factores protectores para el personal de salud son el estilo de vida saludable, tener pareja estable, los pasatiempos, la espiritualidad y una adecuada red de apoyo. Por lo mismo, la familia cobra importancia en este escenario de crisis, de modo que las familias se han visto abocadas a cambiar rutinas, a combinar espacios de trabajo y estudio con labores del hogar, a enfrentar crisis económicas e incertidumbre por el futuro. Los problemas conyugales y parentales se vieron incrementados dado el confinamiento que obliga a las personas a convivir más de cerca y por más tiempo que el que convivían antes de la pandemia. Incluso, varios estudios demuestran el crecimiento de violencia intrafamiliar. Así pues, situaciones y conflictos no resueltos con antelación entran a jugar un papel importante dentro del afrontamiento de la pandemia. Por ello, a nivel de promoción de la salud mental como una estrategia significativa, se sugiere la buena comunicación familiar para resolver problemas cotidianos ^(13,15,17).

En base a lo anterior, el objetivo de este estudio fue describir los niveles de estrés, depresión y funcionalidad familiar en el personal de salud del Hospital Militar Central en Bogotá (Colombia) y explorar posibles factores asociados a estas condiciones.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Este estudio fue observacional, analítico de corte transversal con un diseño no probabilístico tipo MAS.

Se realizó entre el 4 de mayo de 2020 y el 25 de junio de 2021. En este estudio participó el grupo de trabajadores del Hospital Militar Central de la ciudad de Bogotá.

Población y muestra

Con base en los datos de la encuesta realizada por cifras y conceptos, se estima una prevalencia de depresión del 39 %, un nivel de significancia del 5 %, un nivel de error absoluto del 5 % y con una población total de 2200 trabajadores en el Hospital Militar Central, se requiere recolectar un mínimo 330 sujetos; ajustando por un 5 % de pérdidas y ajustando el tamaño de muestra por corrección finita. La muestra se obtuvo con base en un muestreo probabilístico, basado en un muestreo aleatorio simple, por medio de un método coordinado negativo, seleccionando los individuos que cumplieran con los criterios de elegibilidad tales como ser trabajadores del Hospital y sus familiares de primer grado o cohabitantes mayores, de 18 años. Sin embargo, en este artículo se incluyó la información recolectada de los trabajadores a través de los instrumentos que correspondió a 229 participantes distribuidos en un 7 % personal administrativo y 93 % personal médico y servicios asistenciales.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos para evaluar el impacto de la COVID-19 en la salud mental fueron:

- APGAR familiar. Es un instrumento de 5 ítems creado por Smilkstein, que evalúa la percepción de adaptación de la familia, la participación o cooperación entre sus miembros, el gradiente de recursos o madurez de la familia, la afectividad y la capacidad resolutoria de las necesidades de los miembros de la familia. En Colombia, un estudio realizado por Benítez y Caballero⁽¹⁸⁾, obtuvo evidencia de confiabilidad y validez en una muestra de 3614 estudiantes universitarios; el α correspondió a ,875, lo que demuestra la consistencia interna. Se utilizó una Escala Likert de 4 opciones (Nunca = 0, Siempre = 4).
- HADS. Es un cuestionario que está constituido por dos subescalas que miden ansiedad y depresión. Utiliza una escala tipo Likert de 4 opciones de 0 a 3. Se seleccionaron los resultados de los 7 ítems que evalúan la depresión. La validación del HADS en población colombiana obtuvo un alfa de Cronbach de 0,78 para la subescala de depresión⁽¹⁹⁾.
- Cuestionario para la evaluación del estrés. Es un cuestionario que recopila información subjetiva de malestares en los últimos tres meses. Está conformado por 31 ítems. La consistencia interna a través del alfa de Cronbach fue de 0,889 en población trabajadora colombiana, incluyendo personal en el área de la

salud^(20,21). Los baremos utilizados son los propuestos por el autor del cuestionario.

Los anteriores instrumentos demuestran su confiabilidad y validez para la población colombiana; por ello se incluyeron en el estudio.

Procedimientos de la recolección de datos

Todos los sujetos que participaron respondieron la batería de instrumentos a través de un formulario de Google Forms creado para tal fin, el cual estaba programado para no permitir el diligenciamiento si no se realizaba la aceptación del consentimiento informado. Los resultados se almacenaron a través de un correo institucional y solo uno de los investigadores pudo acceder a los cuestionarios para descargar los datos. Los participantes respondieron el cuestionario entre el 16 de junio de 2020 y el 22 de noviembre de 2020.

Análisis de datos

El registro de datos quedó consignado en una hoja de cálculo de Excel, producto del formato de recolección mencionado anteriormente, desde la cual se procedió a realizar el análisis de datos. El análisis estadístico se realizó utilizando el software Stata 16MP. En el análisis descriptivo se calcularon frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se calculó la frecuencia de síntomas de depresión, estrés y funcionalidad familiar para la población de estudio. Se realizaron análisis exploratorios bivariados y multivariados, basados en una regresión logística penalizada con el fin de analizar la magnitud de las posibles asociaciones entre las distintas variables evaluadas y los desenlaces dados por la categorización de estrés⁽²²⁾. La inclusión de las variables respondió, primero, a la plausibilidad biológica existente entre los desenlaces de interés, y las variables recolectadas en el estudio, que tenían relaciones evidenciadas por la literatura⁽²³⁻²⁵⁾. Con este grupo de variables se procedió a la estimación tanto de los modelos crudos como de los modelos completos y reducidos, seleccionando aquellos que presentaron mejores criterios de información y fueron plausibles desde el punto de vista biológico. Para cada uno de los modelos se evaluaron los supuestos subyacentes y se evaluó la bondad de ajuste de estos⁽²⁶⁾.

Se estableció un nivel de significancia del 5 % para las comparaciones antes de la recopilación de datos. La significancia estadística se obtuvo revisando los intervalos de confianza; de esta forma, si el intervalo de confianza de *Odd Ratio* no contiene a la unidad (1.0), se entiende que este es estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

El estudio se realizó en colaboración entre investigadores del Hospital Militar Central y de la Universidad Antonio Nariño. Fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Militar Central (HOMIL) en Colombia. La información se recopiló en un solo cuestionario, a través de Google Forms, que incluía la descripción del consentimiento informado, las

condiciones de participación y los principios éticos, para los participantes en el estudio, así como la descripción del proyecto.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 229 individuos, 68 % (n = 156) fueron mujeres. Según la edad, la mayor proporción de participantes eran mayores a 40 años con un 50,66 % (n = 116) y una baja representación de personas jóvenes, menores a 28 años 11,79 % (n = 27). Según el estrato socioeconómico, sobresale con una mayor representación, del 33,19 % (n = 76), porque los participantes pertenecen al estrato 3. El 52,40 % (n = 120) son trabajadores, que están casados o viven en unión libre. Según la formación académica, el 54,15 % (n = 124) manifestó un nivel académico de posgrado completo o incompleto. Dichos resultados se observan en la tabla 1. También se observó que la antigüedad de los trabajadores igual o sobre los 4 años corresponde al 59,83 % (n = 137). Sobresale el contrato por prestación de servicios o temporal 61,57 % (n = 141).

Los niveles de estrés, según la frecuencia encontrada, que la población de estudio reportó son “bajo” y “muy bajo” en un 37,12 % (n = 85); en mayor medida, casi la mitad de la población de estudio tuvo niveles “altos” y “muy altos” de estrés 49,78 % (n = 114).

En funcionalidad familiar se observó algún nivel de disfuncionalidad, un 38,42 % (n = 88), y una mayor

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de estudio

Variable	Total n = 229
Sexo	
Hombre	73 (32 %)
Mujer	156 (68 %)
Edad en años *	
41,14 (10,97) / 41,00 (32,00-50,00)	
Grupo etario	
Hasta 27 años	27 (11,79 %)
28 a 40 años	86 (37,55 %)
41 a 50 años	64 (27,95 %)
Más de 50 años	52 (22,71 %)
Estado civil	
Casado/Unión libre	120 (52,40 %)
Divorciado/separado	21 (9,17 %)
Soltero	88 (38,43 %)
Estrato	
1	1 (0,44 %)
2	34 (14,85 %)
3	76 (33,19 %)
4	62 (27,07 %)
5	35 (15,28 %)
6	21 (9,17 %)
Nivel educativo	
Técnico/tecnológico completo/incompleto	54 (23,58 %)
Profesional completo/incompleto	51 (22,27 %)
Postgrado completo/incompleto	124 (54,15 %)
Número de personas dependen económicamente del encuestado	
0	60 (26,20 %)
1	71 (31,00 %)
2	56 (24,45 %)
3	29 (12,66 %)
4	11 (4,80 %)
6	2 (0,87 %)
Antigüedad +	
5.00 (2,00-17,00)	
Antigüedad (Agrupada)	
Hasta 3 años	92 (40,17 %)
4 a 10 años	61 (26,64 %)
Más de 10 años	76 (33,19 %)
Tipo de contrato	
a término indefinido	88 (38,43 %)
Prestación de servicios/temporal/no mencionado	141 (61,57 %)

* Los datos son presentados como (DE) y mediana (RIC) para medidas continuas y un n (%) para medidas categóricas.
** Los datos son presentados como mediana (RIC)

Tabla 2. Estrés, nivel de funcionalidad familiar y depresión de la población de estudio

Variable	Total n = 229
Nivel general estrés	
Muy bajo	37 (16,16 %)
Bajo	48 (20,96 %)
Medio	30 (13,10 %)
Alto	46 (20,09 %)
Muy alto	68 (29,69 %)
Nivel funcionalidad familiar	
Disfuncionalidad severa	14 (6,11 %)
Disfuncionalidad moderada	20 (8,73 %)
Disfuncionalidad leve	54 (23,58 %)
Funcionalidad normal	141 (61,57 %)
Nivel depresión	
Normal	209 (91,27 %)
Dudoso	14 (6,11 %)
Clínico	6 (2,62 %)

Tabla 3. Factores asociados a la presencia de estrés

Variable	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	Odds Ratio	[95 % Conf. Interval]		Odds Ratio	[95 % Conf. Interval]	
Sexo						
Mujer	1,79	1,02	3,15	1,88	1,05	3,4
Edad en años						
	1,01	0,02	0,57	0,57	0,98	1,05
Estado civil						
Divorciado/separado	0,8	0,31	2,1	0,47	0,16	1,34
Soltero	0,76	0,41	1,4	0,67	0,31	1,43
Unión libre	0,75	0,32	1,73	0,6	0,24	1,5
Estrato socioeconómico						
Estratos medios (3-4)	2,08	0,99	4,38	1,89	0,79	4,53
Estratos altos (5-6)	1,17	0,51	2,7	0,77	0,24	2,41
Nivel educativo						
Profesional completo/incompleto	0,78	0,36	1,69	0,65	0,27	1,56
Posgrado completo/incompleto	1,11	0,58	2,15	1,05	0,44	2,53
Número de personas a cargo						
1	1,22	0,61	2,47	1,09	0,51	2,34
2	1,03	0,49	2,15	0,93	0,4	2,15
3 o más personas	1,32	0,58	2,98	1,13	0,45	2,87
Tipo de contrato						
Prestación de servicios/temporal/no mencionado	0,81	0,47	1,41	1,05	0,53	2,09

frecuencia de participantes reportaron una funcionalidad familiar normal 61,57 % (n = 141). Respecto al estado de depresión en los participantes sobresalió el nivel normal 91,27 % (n = 209). Dichos resultados se observan en la tabla 2.

Con respecto al modelo de factores asociados al estrés, se encontró que las mujeres eran las más propensas a presentar algún grado de estrés, con un Odds Ratio ajustado de 1,88 (IC_{95 %}: [1,05 - 3,40]). No se observaron asociaciones adicionales en este modelo (ver Tabla 3).

Tabla 4. Factores asociados a la presencia de depresión

Variable	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	Odds Ratio	[95 % Conf. Interval]		Odds Ratio	[95 % Conf. Interval]	
Sexo						
Mujer	3,82	0,99	14,75	3,87	1,00	15,07
Edad en años						
	1,00	0,96	1,05	1,01	0,95	1,07
Estado civil						
Divorciado/separado	2,21	0,64	7,58	1,75	0,43	7,09
Soltero	0,57	0,19	1,69	0,40	0,11	1,41
Unión libre	0,75	0,18	3,23	0,59	0,12	2,90
Estrato socioeconómico						
Estratos medios (3-4)	0,50	0,17	1,49	0,33	0,07	1,46
Estratos altos (5-6)	0,48	0,13	1,79	0,16	0,02	1,18
Nivel educativo						
Profesional completo/incompleto	0,85	0,23	3,15	1,29	0,29	5,81
Posgrado completo/incompleto	0,91	0,31	2,66	1,73	0,38	7,94
Número de personas a cargo						
1	1,91	0,51	7,13	1,63	0,41	6,46
2	1,41	0,33	5,98	1,10	0,23	5,29
3 o más personas	2,93	0,75	11,44	2,64	0,58	12,11
Tipo de contrato						
Prestación de servicios/temporal/no mencionado	1,86	0,68	5,11	3,43	0,97	12,14

Con respecto al modelo de factores asociados a la presencia de síntomas depresivos se encontró que las mujeres eran más propensas a presentar algún grado de estos síntomas con un Odds Ratio ajustado de 3,87 (IC_{95 %}: [1,0 - 15,07]). No se observaron asociaciones adicionales en este modelo (ver Tabla 4).

Con respecto al modelo de factores asociados a la presencia de disfuncionalidad familiar se encontró que el estrato socioeconómico y el número de personas a cargo presentaron OR “altos”, sin embargo, al comparar

Tabla 5. Factores asociados a la presencia de funcionalidad familiar

Variable	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	Odds Ratio	[95 % Conf. Interval]		Odds Ratio	[95 % Conf. Interval]	
Sexo						
Mujer	1,19	0,67	2,10	1,33	0,73	2,40
Edad en años	1,00	0,97	1,02	0,99	0,95	1,02
Estado Civil						
Divorciado/separado	0,79	0,30	2,04	0,76	0,28	2,08
Soltero	0,65	0,36	1,19	0,59	0,29	1,23
Unión libre	0,64	0,27	1,50	0,59	0,24	1,46
Estrato socioeconómico						
Estratos medios (3-4)	1,25	0,58	2,69	1,63	0,67	3,99
Estratos altos (5-6)	1,14	0,48	2,72	1,27	0,40	4,07
Nivel educativo						
Profesional completo/incompleto	0,63	0,29	1,38	0,63	0,27	1,50
Post-grado completo/incompleto	0,76	0,40	1,45	0,69	0,30	1,58
Número de personas a cargo						
1	1,73	0,83	3,57	1,82	0,84	3,93
2	1,62	0,75	3,49	1,59	0,68	3,75
3 o más personas	2,26	1,00	5,12	2,20	0,87	5,53
Tipo de contrato						
Prestación de servicios/temporal/no mencionado	1,24	0,72	2,15	1,39	0,71	2,73

con los porcentajes en relación con estos dos ítems se observa que el funcionamiento familiar es percibido en su mayoría cómo normal (ver Tabla 5).

Se evaluaron los supuestos de linealidad y bondad de ajuste a través de una prueba de Hosmer Lemeshow y el test de linealidad, encontrando que los modelos planteados cumplen con dichos supuestos. No se presentaron problemas de residuales o puntos de apalancamiento que afectaran a los modelos. Adicionalmente, aunque se evaluaron interacciones de primer orden con variables que podrían tener un efecto sinérgico como la edad y el sexo del participante; sin embargo, estos no fueron significativos, por lo que no se incluyeron dichas interacciones.

DISCUSIÓN

Los anteriores resultados coinciden con estudios previos en donde el personal femenino de salud tiende a sufrir con mayor intensidad las repercusiones psicológicas de

la pandemia ⁽¹³⁾. Se evidencia *Odds Ratio* ajustado de 1,88 (IC_{95 %}: [1,05 - 3,40]) y de 3,87 (IC_{95 %}: [1,0 - 15,07]) de estrés y depresión respectivamente; esto puede deberse a los roles tradicionales en donde la mujer se encuentra inmersa, como son el cuidado del hogar y de los hijos, que sumado a la presión laboral conlleva a una sobrecarga emocional ⁽¹²⁾.

Es llamativo que en los participantes en general se encontraron altos niveles de estrés (29,69 %) más no de depresión (2,62 %). No hay que olvidar que para la OMS ⁽²⁷⁾ el estrés es una reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones contextuales que colocan a prueba su capacidad de afrontamiento; sin embargo, un cierto grado de estrés puede movilizar al individuo para conseguir resultados y objetivos esperados ⁽²⁸⁾. Adicionalmente, en el Hospital Militar Central donde se realizó el presente estudio, el personal de salud posee experiencia en la atención de problemáticas de salud originadas en el conflicto armado en Colombia (59,83 %) de los participantes tiene más de tres años de vinculación

a la institución); esto puede facilitar que su personal posea habilidades y capacidades para el afrontamiento de situaciones de alta demanda laboral y emocional.

Un estudio realizado por Paris y Omar ⁽²⁹⁾ con profesionales de la salud señala que estrategias como el apoyo social, el distanciamiento de las fuentes de estrés a través de actividades de ocio, la resolución de problemas y el trabajo en equipo favorecen el manejo adaptativo de las cargas y tensiones laborales propias de la profesión. Este mismo artículo señala que dentro de los equipos de salud, los enfermeros y el personal masculino tienden a utilizar este tipo de estrategias con mayor frecuencia que los médicos y el personal femenino, lo que ratifica a este último grupo como vulnerable ante situaciones tensionantes a nivel emocional.

En este orden de ideas, es importante entonces buscar espacios de promoción de la salud mental con el personal médico, que eviten la escalada de los síntomas psicológicos iniciales del estrés hacia síntomas patológicos con repercusiones más serias a nivel de la calidad de vida. Varios estudios coinciden que esto se puede hacer a través de espacios de descanso, acompañamiento psicológico, mejora de apoyo social, provisión de elementos de bioseguridad para el cuidado personal de salud que faciliten la labor del tratamiento de la pandemia, identificación temprana de problemas psicológicos en el personal que trabaja en salud, capacitación profesional sobre la intervención del COVID-19 ^(11,13,15).

La psicoeducación se convierte en una herramienta fundamental para que el personal de salud genere estrategias de afrontamiento más adaptativas para el manejo del contexto pandémico. Builes y Bedoya ⁽³⁰⁾ manifiestan que la función fundamental de la psicoeducación es el señalar recursos personales o familiares frente a la enfermedad y favorecer mecanismos relacionados con el enfrentamiento de la situación.

Por otro lado, los resultados evidencian que la funcionalidad familiar del personal de salud del hospital participante es percibida como normal (61,57 %), lo que coincide con el hecho de que la familia se convierte en una principal fuente de apoyo y nutrición emocional que facilita el afrontamiento de situaciones estresantes ⁽³¹⁾. La mayoría de los participantes son casados (52,40 %) y, aunque en los resultados se observa un porcentaje significativo de personas solteras (38,43 %), al parecer se percibe un buen apoyo familiar que puede definirse como un factor protector dentro del personal que evita la escalada de síntomas de estrés a factores patológicos como la depresión. En este orden de ideas, la familia es considerada funcional en la medida en que cumpla las

funciones básicas de cuidado, protección y potenciación del desarrollo individual de acuerdo con el ciclo vital de sus diferentes miembros, además de ayudar en el afrontamiento de estresores y tensiones del contexto ⁽³²⁾.

Como limitaciones del estudio se encuentran la falta de información recopilada para identificar las estrategias de afrontamiento específicas, así como los factores protectores familiares del personal de salud que se utilizaron para prevenir la escalada de síntomas depresivos. Asimismo, las características de esta población solo son extrapolables a hospitales de similares características del HOMIL. Por otro lado, la tasa de participación en el estudio fue de 72,92 %, lo cual impidió completar el tamaño de muestra establecido; dicho esto, estas asociaciones deben ser analizadas; desde una perspectiva exploratoria. Debido al diseño transversal del estudio, tales asociaciones no corresponden a una relación causal entre las variables analizadas; sin embargo, otorgan información relevante sobre la frecuencia y posibles factores desencadenantes de este tipo de condiciones en población hospitalaria, dado el vacío del conocimiento existente en el medio latinoamericano.

CONCLUSIONES

No se encontraron altos niveles de depresión en la mayoría de los participantes del estudio más sí se encontraron altos niveles de estrés, en especial en el personal femenino, constituyéndose esta población en objeto de especial atención para el cuidado de la salud mental y emocional. Los bajos niveles de depresión hacen pensar en adecuados mecanismos de afrontamiento por parte del personal de salud, además se resalta una funcionalidad familiar demostrada en los resultados, que actúa como factor protector a una potencial escalada patológica de síntomas asociados con el estrés y la depresión. Se sugiere psicoeducar en temáticas relacionadas con la salud mental y emocional que permitan al personal del hospital colombiano continuar con el afianzamiento de estrategias de afrontamiento adaptativas ante el contexto pandémico. Además, se sugiere fortalecer la gestión en la seguridad y salud en el trabajo a fin de facilitar el cuidado de la salud mental del personal de salud. Por último, se necesitan más estudios en países de América Latina en diferentes momentos de la pandemia, con fines de caracterizar mejor estos fenómenos y los agentes que pueden contribuir a la aparición de estos trastornos.

REFERENCIAS

1. Sandín B, Valiente R, García-Escalera J, Chorot P. Impacto psicológico de la pandemia de COVID_19. Efectos negativos y positivos en población española asociados

- al periodo de confinamiento nacional. *Revista de psicopatología y psicología clínica*. 2020; 25(1): 1-22. <https://doi.org/10.5944/rppc.27569>
2. Ozamiz N, Dosil M, Pícaza M, Idioaga N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36(4): 2-10.
 3. Hernández, J. Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicent electrón*. 2020; Jul-sept; 24(3): 578-594.
 4. Scholten H, Quezada-Scholz V, Salas G, Barria-Asenjo NA, Rojas-Jara C, Molina R, et al. Abordaje psicológico del COVID-19: Una revisión narrativa de la experiencia latinoamericana. *Revista interamericana de psicología*. 2020; 54(1): 1-24
 5. Galindo O, Ramírez M, Costas M, Mendoza L, Calderillo G, Meneses A. Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia del COVID-19 en la población general. *Gaceta médica de México*. 2020; 156: 298-305. doi: 10.24875/GMM.20000266
 6. Valero N, Vélez M, Duran A, Torres P. Afrontamiento del COVID-19: estrés miedo, ansiedad y depresión. *Enfermería investiga. Investigación, vinculación, docencia y gestión*. 2020; 5(3): 63-70.
 7. Torres V, Fariás J, Reyes L, Díaz, C. Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Revista Mexicana de Urología*. 2020; 80(3): 1-9.
 8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Depresión. [Internet] [Consultado 2022 May 27]. Disponible en: [Depresión \(who.int\)](https://www.who.int)
 9. Santarone K, McKenney M, Elkbuly, A. Preservar la salud mental y la resiliencia en los trabajadores de atención médica de primera línea durante COVID-19. *American Journal of Emergency Medicine*. 2020; 38: 1515-1539.
 10. Xu J, Xu Q, Wong C, Wong J. Psychological status of surgical staff during the COVID-19 outbreak. *Letter to the editor. Psychiatry Research*. 2020; 288: 112955: 1-3. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112955
 11. Rajkumar P. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 52: 102066: 2-5. doi: [org/10.1016/j.ajp.2020.102066](https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066)
 12. Percudani M, Corradon M, Moreno M, Indelicato A, Vita A. Servicios de salud mental en Lombardía durante el brote de COVID-19. *Investigación en psiquiatría*. 2020; 288: 112980: 1-3. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112980>
 13. Muñoz S, Molina D, Ochoa R, Sánchez O, Ezequiel J. Estrés, respuestas emocionales y factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta pediátrica*. 2020; 41 (supl 1): S127-S136.
 14. Lozano A. Impacto de la epidemia del coronavirus (COVID-19) en el personal de salud y en la población general China. *Revista Neuropsiquiatría*; 2020; 83(1): 51-56. doi: <https://doi.org/10.20453/rmp.v83i1.3687>
 15. Rana W, Mukhtar S, Mukhtar S. Mental health of medical workers in Pakistan during the pandemic COVID-19 outbreak. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020; 1(1): 21-28.
 16. López E, Rubio D. Reflexiones sobre la violencia intrafamiliar y violencia de género durante emergencia por Covid19. *Cienciamerica*. 2020; 9(2). doi: <http://dx.doi.org/10.33210/ca.v9i2.319>
 17. Piña L. El COVID 19: impacto psicológico en los seres humanos. *Revista interdisciplinaria arbitrada de ciencias de la salud y vida*. 2020; 4(7):188-199.
 18. Benítez A, Caballero MC. Estudio psicométrico de las escalas de depresión, ansiedad y funcionalidad familiar en estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Acta Colombiana de Psicología*. 2017; 20(1): 221-31.
 19. Rico J, Restrepo M, Molina, M. Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del instituto nacional de cancerología de Colombia. *Avances en Medicina*. 2005; 3: 73-86.
 20. Villalobos GH, Vargas AM, Rondón MA, Felknor SA. Validation of new psychosocial factors questionnaires: A Colombian national study. *American Journal of Industrial Medicine*. 2013 Ene; 56(1): 111-123.
 21. Ministerio de Protección Social. Bateria de Instrumentos para la Evaluación de Factores de Riesgo Psicosocial [Internet]. 2010 [Consultado 2019 Abr 10]. Disponible en: <http://www.fondoriesgoslaborales.gov.co/documents/Publicaciones/Estudios/Bateria-riesgo-psicosocial-1.pdf>
 22. Grömping U. Practical Guide to Logistic Regression [Internet]. Vol. 71, *Journal of Statistical Software* [Internet]. 2016 [Consultado 2019 Abr 10]; 71. Disponible en: <http://www.jstatsoft.org/v71/b03/>
 23. Heinze G, Dunkler D. Five myths about variable selection. *Transpl Int*. 2017; 30(1): 6-10.
 24. Heinze G, Wallisch C, Dunkler D. Variable selection – A review and recommendations for the practicing statistician. *Biometrical J*. 2018; 60(3): 431-49.
 25. Tredennick AT, Hooker G, Ellner SP, Adler PB. A practical guide to selecting models for exploration, inference, and prediction in ecology. *Ecology*. 2021; 102(6).
 26. Long, J. Scott; Freese J. Regression models for categorical dependent variables using Stata. 2ª ed. Texas: Stata Corporation; 2001.
 27. Organización Mundial de la Salud. (OMS). La organización del trabajo y el estrés. 2004. [internet] [Consultado 2022 ene 27]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42756/9243590472.pdf?sequence=1>
 28. Torrades, S. Estrés y burn out. Definición y prevención. *Ámbito farmacéutico. Divulgación sanitaria*. 2007; 26(10): 104-109.
 29. Paris L, Omar A. Estrategias de afrontamiento de estrés como potenciadoras de bienestar. *Psicología y Salud*. 2009; 19(2): 168-175. doi: 10.25009/pys.v19i2.626
 30. Builes M, Bedoya M. La psicoeducación como experiencia narrativa: comprensiones posmodernas en el abordaje de la salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2006; 19(2): 168-175. doi: 10.25009/pys.v19i2.626.
 31. Linares J. Terapia Familiar Ultramoderna. La inteligencia terapéutica. Barcelona: Herder; 2012.
 32. Hernández A. Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Bogotá: Editorial Buho; 2004.