

ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS, ENFERMEROS Y AUXILIARES DE
ENFERMERIA DE UNA ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD DE VILLAVICENCIO, EN
TIEMPOS DE PANDEMIA



ANGIE LORENA GALVIS FLORIDO
ANGY KATERINE ROJAS MARTÍNEZ



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2020

ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS, ENFERMEROS Y AUXILIARES DE
ENFERMERIA DE UNA ENTIDAD PRESTADORA DE SALUD DE VILLAVICENCIO, EN
TIEMPOS DE PANDEMIA

ANGIE LORENA GALVIS FLORIDO
ANGY KATERINE ROJAS MARTÍNEZ

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Psicóloga

Asesor

CESAR EDUARDO MONTOYA DÍAZ
Magister en Psicología Clínica

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2020

Autoridades Académicas

P. JOSÉ GABRIEL MESA ANGULO, O.P.

Rector General

P. FRAY EDUARDO GONZÁLEZ GIL, O. P.

Vicerrector Académico General

P. JOSÉ ANTONIO BALAGUERA CEPEDA, O.P.

Rector Sede Villavicencio

P. RODRIGO GARCÍA JARA, O.P.

Vicerrector Académico Sede Villavicencio

JULIETH ANDREA SIERRA TOBÓN

Secretaria de División Sede Villavicencio

MG. ANDREA CAROLINA CAÑON SÁNCHEZ

Decana Facultad de Psicología

Nota de Aceptación

ANDREA CAROLINA CAÑÓN SÁNCHEZ

Decana de Facultad

CESAR EDUARDO MONTOYA DÍAZ

Director Trabajo de Grado

JIMMY ALEJANDRO DELGADO

Jurado

Tabla de Contenido

	Pág
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
PROBLEMATIZACIÓN	10
Planteamiento y Formulación del Problema	10
Justificación	13
OBJETIVOS	18
Objetivo General	18
Objetivos Específicos	18
MARCO DE REFERENCIA.....	19
Marco Epistemológico y Paradigmático.....	19
Marco Disciplinar	22
Marco Multidisciplinar	31
Marco Legal	34
Marco Institucional.....	36
Antecedentes Investigativos.....	37
A nivel Internacional.....	37
A Nivel Nacional	44
METODOLOGÍA	47
Diseño	46
Participantes	47
Instrumentos.....	48
Procedimiento	49
Consideraciones Éticas	51
RESULTADOS	53
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
CONCLUSIONES	64
APORTES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS	65
Aportes.....	65
Limitaciones.....	65

Sugerencias66

REFERENCIAS.....68

Lista de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Datos Sociodemográficos	53
Tabla 2. Niveles de estrés por profesión	56
Tabla 3. Niveles de ansiedad por profesión.....	56
Tabla 4. Niveles de depresión por profesión	57
Tabla 5. Niveles de estrés por sexo.....	57
Tabla 6. Niveles de ansiedad por sexo.....	58
Tabla 7. Niveles de depresión por sexo.....	58

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo identificar el nivel de estrés, ansiedad y depresión en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia. Para dar cumplimiento a lo propuesto, se desarrolló un estudio cuantitativo, transversal, no experimental de alcance descriptivo en el que participaron 25 profesionales de la salud de seis centros de salud a quienes se les aplicó un cuestionario de datos sociodemográficos y el DASS-21 el cual debía ser diligenciado a través de un formulario de Google. Entre los principales hallazgos es posible mencionar que la mayoría de los participantes no reportaron síntomas de estrés, ansiedad y depresión, además no se encontraron diferencias significativas por género y profesión.

Palabras clave: ansiedad, depresión, estrés y profesionales de la salud.

Abstract

The present research aimed to identify the level of stress, anxiety and depression in doctors, nurses and nursing assistants of a Health Provider Entity in Villavicencio. To achieve the proposal, a quantitative cross-sectional non-experimental study of descriptive scope was developed in which 25 health professionals from six health centers participated; the participants were administered a Questionnaire of Sociodemographic Data and the DASS- 21, which had to be filled out through a Google form. Among the main findings, it is possible to mention that the majority of the participants did not report symptoms of stress, anxiety and depression, and no significant differences were found by gender and profession.

Key words: anxiety, depression, stress and health professionals.

Problematización

Planteamiento y Formulación del Problema

Los profesionales de la salud son aquellas personas que han estudiado alguna de las ramas de la medicina y se centran principalmente, en la atención primaria, los cuidados de enfermería y la farmacología o farmacoterapia, además de sus especialidades; por ejemplo, fisioterapia, terapia ocupacional, nutrición, entre otras (Navarro, 2015); sin embargo, pese a las múltiples especialidades en el área de la salud, en el presente trabajo se retoma los profesionales en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia.

En este sentido y de acuerdo con el objetivo de su profesión, tanto médicos como enfermeros están expuestos a largas jornadas de trabajo, turnos rotativos, trabajo los fines de semana que, aunque, de acuerdo con Velázquez, Zamorano, Ruiz, Monreal y Gil (2014), no representa un riesgo psicosocial, si afecta el tiempo de descanso y de compartir con la familia, pues muchos de ellos suelen llevarse trabajo para la casa e invertir más tiempo en actividades laborales que familiares o personales.

Además de lo señalado, en un estudio realizado por Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch (2011) evidenció que tanto médicos, como enfermeros presentan malestar psicofisiológico relacionado con su profesión, sin embargo, el promedio es más alto en las enfermeras, pues estas últimas obtuvieron un mayor nivel de incomodidad que los médicos y puntuaciones significativamente más altas en angustia emocional, fatiga física, trastornos digestivos, dolor de cabeza, insomnio, dolor de espalda y tensión muscular; así mismo, los autores afirman que los profesionales en enfermería son más propensos a reportar altos puntajes en las escalas de desgaste emocional, trato despersonalizado con colegas y usuarios y baja realización personal, es decir, que presentarían los síntomas del síndrome de burnout.

No obstante, los estilos de vida saludables de médicos y enfermeros en ocasiones se ven afectados, principalmente, por las largas jornadas laborales, que les impide de algún u otro modo, practicar algún tipo de actividad física o deporte; y en ultimas, puede no favorecer hábitos saludables en los pacientes (Sanabria, González y Urrego, 2007).

En coherencia con lo mencionado y las condiciones psicosociales de trabajo en los profesionales de la salud, se ha encontrado que las demandas psicológicas, el control y el apoyo social, se relaciona con la salud mental de los participantes; sin embargo, dichos resultados varían de acuerdo con el país, particularmente en Colombia el apoyo social resulta ser la variable que mejor explica la salud mental (Juárez, et al. 2014).

Ahora bien, es posible señalar los altos índices de estrés laboral médico que presentan los profesionales de la salud, quienes además pueden presentar síndrome de burnout, así mismo, entre las consecuencias más comunes se encuentran las afectaciones relacionadas la salud física y mental, a la calidad de vida y a la eficacia profesional del médico (Mingote, Moreno y Gálvez, 2004).

En cuanto a la incidencia del estrés en el gremio de la salud, autores como García y Gil (2016) afirman que varía dependiendo del género, la ocupación y el cargo desempeñado, por ejemplo, en las enfermeras cuando aumenta la fatiga disminuye la calidad de vida, principalmente cuando es excesiva la demanda en los cuidados de sus pacientes, por ello, sostienen que, a pesar de la satisfacción percibida, algunas profesiones son inherentes al estrés producido.

Por otro lado, no solo el estrés afecta a los profesionales de la salud, sino que se ha encontrado también una alta prevalencia de la depresión en los profesionales de este gremio; hecho que cobra mayor trascendencia al considerar lo señalado por Velásquez, Colin y González (2013), quienes sostienen que la depresión puede generar discapacidad, ya que afecta la salud mental y física de las personas, además se presenta una disminución en el desempeño social, familiar y laboral; con relación a este último aspecto, cabe señalar que en los residentes de medicina suele aparecer el síndrome de burnout y aumento en los síntomas depresivos seis meses después de haber ingresado al hospital, lo que constituye a la depresión como una problemática que afecta a dichos profesionales, principalmente por la carga laboral y largas jornadas a las que están expuestos.

En cuanto a la ansiedad, esta suele aparecer como respuesta ante el desajuste entre el profesional, el lugar de trabajo y la misma organización, conllevando a una inadecuada práctica entre el médico o enfermero y los pacientes; sin embargo, Flores, Troyo, Valle y Vega (2010) afirman que en el gremio de los profesionales de la salud, las enfermeras y enfermeros son los más vulnerables a presentar estados de ansiedad, ya que están expuestos a situaciones más críticas en su labor, así como a una mayor cantidad de situaciones que les genera presión, conflictos y

cambios, que generalmente no pueden controlar, lo que conlleva a sentimientos de angustia y emociones dolorosas que dan como resultado un fracaso individual.

Además de lo señalado, se ha encontrado que para las enfermeras en su quehacer laboral la población que les genera mayor ansiedad y la perciben como difícil de trabajar es la infantil, particularmente cuando se trata de enfermedades como el cáncer, pues suelen aparecer sentimientos de sufrimiento y tristeza (Pousa y Chávez, 2007).

Ahora bien, a nivel mundial se han llevado a cabo múltiples estudios que han abordado la problemática en profesionales de la salud, de los cuales se puede señalar el realizado por Ramírez, Ontaneda y Vivanco (2019) quienes mencionan que existen relaciones positivas entre el síndrome de burnout, particularmente, agotamiento y desrealización con ansiedad, depresión y la disfunción social; así mismo, el estrés y el burnout afecta la efectividad de la labor en las profesionales de la salud (enfermeras) (Román, 2003).

Adicional a lo expuesto es relevante reconocer el impacto a la salud física y psicológica a causa de la pandemia por COVID-19, pues ha sido un elemento contextual detonante para el aumento de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en la población en general, sin embargo, se señala la existencia de poblaciones más vulnerables, en este sentido el personal médico-hospitalario es uno de los sectores poblacionales más afectados como lo menciona Hernández (2020), al no solo enfrentarse con sentimientos de temor, ansiedad, preocupación y estrés por el mayor riesgo de contagio ante la constante exposición al virus en sus lugares de trabajo, sino además por la estigmatización social a causa de ello.

Pese a lo señalado respecto a la alta prevalencia de estrés, ansiedad y depresión en los profesionales de la salud, no se identificó un estudio en Villavicencio que profundizara en estas variables, sin embargo, en la revisión de antecedentes se encontró una investigación realizada en una clínica de Villavicencio que abordó el Síndrome de Burnout y su relación con variables como apoyo social, ansiedad y estilos de afrontamiento (Castillo, et al, 2019); por tal motivo y en consideración con las afectaciones de la crisis detonada por el COVID-19 se considera pertinente el desarrollo de una investigación que evidencie el impacto en la salud mental vinculada a las variables estrés, ansiedad y depresión de los profesionales que se encargan de la salud física, de tal manera que se puedan desarrollar acciones futuras para mitigar dichas condiciones.

Por lo tanto, esta investigación busca evaluar el nivel de estrés, ansiedad y depresión en profesionales de la salud, particularmente en enfermeras y médicos de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia y así sugerir mecanismos de acción para el personal clínico-médico, no solo en torno a las variables del estudio, sino también dirigidas a la calidad de vida de los profesionales; finalmente, se espera articular los principales hallazgos con la Línea de Investigación Abordaje Psicosocial en el Ámbito Regional del Grupo de Investigación Psicología, Salud Mental y Territorio de la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás sede Villavicencio, ya que su principal propósito es la problematización de fenómenos psicológicos de acuerdo con las características propias de la región y de una población en particular, que para este caso corresponde a los profesionales de la Salud del Departamento del Meta.

Por las consideraciones expuestas anteriormente, se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia?

Justificación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina Internacional del Trabajo (OIT, 2019) en el mundo diariamente cerca de 1.000 personas mueren debido a accidentes laborales, mientras que 6.500 se encuentran sufriendo de enfermedades profesionales. Adicionalmente, las organizaciones mencionadas resaltaron que hubo un incremento de las personas fallecidas por causas atribuibles al trabajo entre 2014 y 2017, las cifras pasaron de 2,33 millones en 2014 a 2,78 millones en 2017; de igual manera señalan que anualmente más de 374 millones de personas sufren de accidentes laborales, situación que se ve reflejada en inasistencia de días de trabajo por parte de los trabajadores.

Por ello, al tener en cuenta que las enfermedades profesionales son consideradas como uno de los peligros más frecuentes a los cuales se enfrentan los trabajadores en sus diferentes empleos, la OMS (2018) señala que además de la atención sanitaria a nivel general que se debe tener con todos los trabajadores a nivel mundial es necesario que las profesiones de alto riesgo, como los profesionales de la salud, reciban servicios de salud que puedan evaluar y reducir la

exposición a riesgos y enfermedades laborales, de tal manera que se presten servicios de vigilancia a nivel médico para la detección temprana de enfermedades que se relacionen con el trabajo que realizan.

En consideración a lo anterior, desde la OMS (2017) se generó la denominada “Protección de la salud de los trabajadores” a partir de la cual se propone mejorar la cobertura sanitaria de los distintos trabajadores, comenzando por fortalecer las capacitaciones que se brindan a los médicos generales, enfermeras, auxiliares y demás personas que hacen parte del equipo de trabajo en las instituciones prestadoras de salud, de tal forma que se proporcionen asesorías sobre la manera en que se debe mejorar las condiciones de trabajo, donde también procurando el seguimiento y la detección de enfermedades ocupacionales que se presenten en los trabajadores; sin embargo, para llegar a este tipo de abordajes se debe tener en cuenta, que si bien los contextos clínicos pueden dar cumplimiento a este tipo de estrategias, se hace indispensable que al interior de las instituciones prestadoras de servicios de salud, también se logre distinguir los tipos de enfermedades que existen en sus trabajadores, las cuales con frecuencia pasan por alto, llegando a interferir en el desarrollo de las actividades laborales que ofrecen los médicos, enfermeras y demás profesionales del campo de la salud a nivel mundial (OMS, 2017).

De esta forma, al hablar de salud en contextos laborales se debe tener en cuenta que se promueva y mantenga altos índices de bienestar no solo a nivel físico, sino también mental y social de todos los trabajadores (OPS, 2003), situación que al ser examinada dentro del personal del campo de la salud en España, con trabajadores como lo son médicos y enfermeros, se encuentra presentando serias dificultades al evidenciar altos índices de ansiedad y depresión, los cuales se encuentran asociados a factores de riesgo donde los profesionales no están teniendo cuidados a nivel físico, como consecuencia del gran número de horas que trabajan diariamente, las malas conductas y hábitos alimenticios, así como los descuidos a su actividad física, situación que se encuentra estrechamente relacionada con los escasos tiempos de descanso a raíz de las largas jornadas laborales (Clínica Galatea, 2018).

De otra forma, en Colombia una investigación realizada en Cartagena con enfermeros de dos hospitales indica que el estrés que se presenta en los profesionales está asociado principalmente a factores de agotamiento por los largos turnos y a los tipos de contratación con los que cuentan, donde se ven reflejados factores económicos y demanda de los tiempos de

trabajo, de igual manera se encontró una estrecha relación entre mayores índices de ansiedad y estrés en enfermeras mujeres debido al bajo reconocimiento que reciben por su labor (Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licon, 2014).

Evidenciándose de esta manera como lo señala Gómez (2004) que a nivel psicológico con frecuencia el personal médico, se siente frustrado debido a los altos estándares de exigencia que se presentan a nivel personal e institucional, donde un error en los tratamientos o diagnósticos puede derivar en estrés por parte del profesional quien puede llegar a sentirse angustiado y deprimido a razón de los altos niveles de responsabilidad y compromiso, los cuales a su vez se relacionan con la búsqueda de aprobación por parte de los pacientes. Situaciones que sumadas a factores sociales como por ejemplo la exigencia constante de actualización de información y estudios complementarios, junto con dificultades en los lugares y con los compañeros de trabajo, pueden terminar ocasionando serios daños emocionales no sólo en niveles personales sino también en el análisis y evaluación que el profesional hace de sí mismo (Gómez, 2004).

Lo anterior entendido desde la comprensión que se da del estrés desde la psicología donde según Enrique (2004) el estrés se encuentra relacionado entre el individuo y las situaciones amenazantes y/o demandantes del contexto, hecho que puede ocasionar que los médicos y enfermeras debido a los altos niveles de exigencia que se les imprime, se encuentren presentando sintomatología donde perciben que las demandas son tan altas que desbordan su capacidad de respuesta, repercutiendo en la manera en la cual están desempeñando sus actividades laborales y la atención que brindan a sus pacientes.

Sin embargo, esta no es la única razón asociada al bajo rendimiento de las actividades laborales de médicos y enfermeros, pues según lo manifestado por Alberdi, Taboada, Castro y Vázquez (2006) existe gran relación entre angustia, depresión y estrés, independientemente de que cada uno tenga criterios diagnósticos diferentes, aún en la actualidad continúa existiendo gran confusión entre los síntomas y las maneras de detectar cada uno de estos malestares emocionales. En este sentido, la ansiedad es entendida por medio de una experiencia emocional que contribuye en gran medida al conocimiento propio, donde el organismo genera conductas defensivas y de esta manera proporciona aprendizajes que sirven al desarrollo de la personalidad, siempre y cuando no se exceda en los niveles de manifestación, puesto que al sobrepasarlos se tiende contrariamente a presentar enfermedades somáticas e ineficacia laboral (Reyes, 2005).

Mientras que, por otra parte, la depresión es entendida como un síndrome que se relaciona con sentimientos y emociones que conllevan a tristezas que son patológicas, donde además existen factores como irritabilidad, decaimiento, sensaciones de imposibilidad para cumplir con demandas de la vida cotidiana (Alberdi, et al., 2006).

Sin embargo, con frecuencia se pueden presentar situaciones donde la ansiedad, el estrés y la depresión se confunden con el denominado burnout, situación que es definida como un sufrimiento físico y psíquico, de manera que se vean comprometidos los resultados de sus actividades laborales, donde se comienzan a generar ausencias que influyen en el aumento de los conflictos interpersonales entre los compañeros de trabajo de las instituciones prestadoras de salud, así mismo, una disminución en la calidad de los servicios prestados debido a la disminución de personal (Grazziano y Ferraz, 2010). De esta forma se aclara que el síndrome de burnout trasciende o puede presentarse de forma independiente a las variables ansiedad, estrés y depresión, pues se caracteriza por la exposición prolongada a estresores interpersonales crónicos derivados del ambiente laboral, generando efectos de desgaste emocional o agotamiento, despersonalización e incompetencia profesional o reducida realización profesional (Maslach y Jackson 1981, citado en Grazziano y Ferraz, 2010).

Entendiendo lo anterior y en consideración con la existencia de la investigación realizada en 2019 por Castillo et.al, que aborda directamente el síndrome de burnout en trabajadores de la salud de una entidad prestadora de servicios de salud en Villavicencio, se determina de mayor pertinencia abordar como variables objeto de estudio la ansiedad, el estrés y la depresión en trabajadores de la salud quienes adicionalmente en medio de la crisis sanitaria por COVID-19 han presentado mayores factores de riesgo y vulnerabilidad a su salud física y psicológica (Hernández, 2020).

En coherencia con lo hasta aquí expresado, desde la práctica realizada por estudiantes de noveno semestre denominada “docencia servicio” de la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás sede Villavicencio, se considera pertinente investigar acerca de los niveles de depresión, ansiedad y estrés que presentan los trabajadores del campo de la salud en Villavicencio, en tiempos de pandemia, debido a las altas demandas laborales a la que están expuestos, es importante resaltar que en la presente investigación se evalúa a médicos y enfermeras y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia para lograr conocer los niveles de ansiedad, depresión y estrés que estos

presentan actualmente, de manera que se logren identificar los factores que más afectan a esta población a nivel regional, identificando los sectores en que se presentan mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés.

Objetivos

Objetivo General

Identificar el nivel de estrés, ansiedad y depresión en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia.

Objetivos Específicos

Determinar el nivel de estrés en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia

Evidenciar el nivel de ansiedad en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia

Reconocer el nivel de depresión en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia

Marco de Referencia

Marco Epistemológico y Paradigmático

Paradigma. El paradigma hace referencia al enfoque mismo del trabajo investigativo, por tanto, ha sido verificado por una comunidad científica y ha estado en práctica durante un largo periodo de tiempo, ejemplo de ello es la metodología de investigación cuantitativa que es claramente el enfoque más usado para desarrollar una investigación y generalizar sus resultados (Cifuentes, 2011). En este sentido, se retoma el Paradigma Empírico Analítico que, dentro de los estudios curriculares deriva de una serie de tradiciones intelectuales cuya base es el empirismo y el análisis filosófico o conceptual, de ahí que el término hace referencia a la derivación del conocimiento de la experiencia, generalmente por investigación científica y por su parte la tradición analítica hace énfasis en las definiciones de conceptos y dimensiones relacionadas al lenguaje, por lo tanto, el Paradigma Empírico Analítico en los estudios curriculares expresa esta orientación aplicada (Inche et al, 2003).

Ahora bien, el paradigma empírico analítico se caracteriza por una relación independiente entre el sujeto y objeto de investigación, por tanto, quien investiga se desprende de sus emociones, valores y sentimientos y asume una postura objetiva garantizando así, que el conocimiento no se contamine de la percepción y la experiencia subjetiva del investigador (Pino, 2015). Cabe señalar que, este paradigma busca explicar la realidad desagregándola por variables medibles y cuantificables para controlar los hechos y en últimas poderlos modificar (Gutiérrez, 2014).

Es así, que la investigación actual se fundamenta en el positivismo lógico o neopositivismo que surge como alternativa al positivismo o empirismo que predominaba en la época, de ahí que como movimiento filosófico sostiene que todas las declaraciones significativas son analíticas o verificables de manera concluyente incluso confirmables por observación y experimento, por lo que las teorías metafísicas son, estrictamente sin sentido; en el ámbito psicológico se asume que las relaciones entre los enunciados psicológicos y el físico son declaraciones de comportamiento destinadas a dar su significado, por lo que, según sus características son analíticas y su conocimiento a priori (González, 1999).

Igualmente, Ortiz (2017) menciona que el positivismo lógico predomina como referente en las ciencias sociales y naturales, ya que asume una unidad fundamental entre el mundo físico y social, en este sentido, posee la aplicabilidad del mismo modelo de ciencia e investigación científica y esta unidad deriva de la creencia que la realidad está afuera esperando ser descrita y a su vez el objetivo de la ciencia, física y social es el descubrimiento de leyes universales que permitan predecir y explicar las causas contenidas en las leyes o algún mecanismo menos exigente, en términos se busca la predicción o el descubrimiento de leyes universales.

Epistemología. El presente trabajo se fundamenta en el Racionalismo comprendido como la posición filosófica que afirma un cierto estado epistémico distintivo para ciertas clases de afirmaciones que validan, niegan o asumen que existen verdades a priori conocibles y en este entendimiento, se reconoce que ciertas verdades necesarias se pueden creer de forma justificada y posteriormente contarían como conocimiento independiente de la evidencia empírica y su verdad, es decir que se puede considerar como un actitud mental que acepta sin reservas la supremacía de la razón y apunta a establecer un sistema de filosofía y ética verificable por experiencia independiente de suposiciones arbitrarias (Galván, 2014).

Laborda (1981) afirma que el racionalismo considera a la razón como la fuente principal y la prueba del conocimiento o cualquier visión que apela a la razón como fuente de justificación, es decir que es un enfoque de la vida basado en la razón y la evidencia que fomenta las ideas éticas y filosóficas que pueden ser probadas por la experiencia y rechaza la autoridad que no puede ser probada bajo el mismo sistema; además de lo planteado, se indica que la realidad misma posee una estructura inherentemente lógica, de ahí que se afirme que existe una clase de verdad que el intelecto puede captar directamente y por consiguiente defiende la existencia de principios racionales, especialmente en lógica y matemáticas, e incluso en ética y metafísica, que son tan fundamentales que si se negaran sería caer en contradicción.

Lluís (2017) describe al racionalismo como una filosofía en la cual el conocimiento proviene de la lógica y de cierto tipo de intuición, por lo que, la mejor forma de obtener conocimiento es usando las habilidades racionales de la mente; por ende el racionalismo se opone al empirismo o visión que plantea que el conocimiento proviene de observar al mundo exterior, en resumen, el racionalismo es una idea sobre el origen del conocimiento y, por lo tanto, forma parte del subcampo filosófico de la epistemología.

Como referente ontológico se tiene en cuenta el dualismo considerado la filosofía de la mente que hace referencia a una variedad de usos en la historia del pensamiento; en general, la idea es que, hay dos tipos o categorías fundamentales de principios que son fuerzas independientes y más o menos iguales en el mundo, es así como en la filosofía de la mente, el dualismo es aquella teoría donde lo mental y lo físico (mente y cuerpo) son, en cierto nivel, diferentes y esta premisa parte del sentido común que dicta que hay cuerpos físicos así como hay algo intangible que produce una visión intelectual y unificada del mundo, de ahí que el dualismo inicia desde la suposición de la realidad del mundo físico, y luego considera argumentos donde cuestiona por qué la mente no puede ser tratada simplemente como parte de ese mundo (Páramo, 2012).

Por otra parte, Anzoátegui (2018) propone que el Dualismo es la creencia que existen dos tipos de realidad, una material (física) y otra inmaterial (espiritual); en la Filosofía de la mente, el dualismo es la posición que la mente y el cuerpo están separados de manera categórica entre sí, y que los fenómenos mentales son, en algunos aspectos, de naturaleza no física, por ende el Dualismo apela a la implementación del sentido común en aquellos sin formación filosófica, donde lo mental y lo físico parecen tener propiedades muy diferentes y tal vez irreconciliables, así que partiendo de esta premisa los eventos mentales tiene una cierta calidad subjetiva mientras que los eventos físicos no.

De igual manera, Molina (2013) asevera que el Dualismo es el uso de dos principios irreductibles y heterogéneos, que a veces están en conflicto y a veces se complementan para permitir el análisis del proceso del conocimiento y la explicación de toda realidad; por eso el dualismo se entiende como como la teoría en que la mente y el cuerpo son distintos tipos de sustancias o naturalezas, esta posición implica que la mente y el cuerpo no solo difieren en significado sino que se refieren a diferentes tipos de entidades, de ahí que el Dualismo se opone a cualquier teoría que identifique al mente con el cerebro concibiéndolos como un mecanismo físico.

Así que, la pertinencia de retomar el paradigma empírico analítico, el racionalismo y el dualismo es la coherencia con el objeto de estudio, pues se reconoce que las variables que se miden no son tangibles ni observables, pero es posible conocerlas mediante la razón y la lógica que, para este caso particular se emplean instrumentos validados que permitan medir dichos

constructos (estrés, ansiedad y depresión), que a su vez son consideradas sustancias separadas al cuerpo pues residen en la mente.

Marco Disciplinar

En el presente apartado se mencionan los supuestos teóricos que sustentan la investigación, para ello, se aborda cada una de las variables desde los postulados de la Organización Mundial de la Salud, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y los tipos de los trastornos que establece, así como algunos de los síntomas, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), algunos autores que señalan características o definición y finalmente una teoría desde la ciencia. Cada una de las variables mantiene el mismo esquema.

Ansiedad. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2017) la ansiedad se define como una respuesta a nivel emocional ante una situación que se considera amenazadora, dicha respuesta prepara a la persona para la defensa o la huida y va acompañada de cambios fisiológicos tales como el aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular; pero si esta respuesta es de carácter desproporcionado y prolongado se convierte en patológica y se clasifica como trastorno mental que va acompañado de episodios de miedo, bloqueos al actuar de la vida cotidiana, así como temblores, taquicardia, sudoración excesiva e incremento de la tensión muscular.

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, 2014) se establece los distintos tipos de ansiedad, así como los criterios de diagnóstico de cada uno, a continuación, se mencionan los tipos que se reconocen en el DSM – 5:

Trastorno de ansiedad por separación. Se caracteriza por miedo excesivo ante la separación de personas con las que se ha establecido un vínculo, además de una preocupación excesiva por situaciones adversas, así como pérdidas de figuras de apego, su duración oscila entre cuatro y seis meses (DSM, 2014).

Mutismo selectivo. Hace referencia a un fracaso para hablar en eventos sociales alterando los logros educativos o laborales, este trastorno no se explica por algún trastorno de la comunicación o falta de conocimiento y suele estar presente durante al menos un mes (DSM, 2014).

Fobia específica. Se caracteriza por un miedo intenso e irracional hacia un objeto o situación específica (animal, entorno natural, sangre-inyección-herida, situacional, otras) que puede generar evitación cuando se presenta, suele presentarse durante mínimo seis meses (DSM, 2014).

Trastorno de ansiedad social o fobia social. Se presenta con un miedo intenso a situaciones sociales, pues estas últimas pueden generar síntomas de ansiedad, típicamente puede durar seis o más meses (DSM, 2014).

Trastorno de pánico. Es la aparición súbita de miedo o malestar intenso que puede alcanzar su límite en cuestión de minutos y puede presentar algunos de los siguientes síntomas: palpitaciones, sudoración, temblor, asfixia, sensación de ahogo, dolor, náuseas, escalofrío o sensación de calor, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control y a morir, los síntomas no son producto del consumo de alguna droga ni a afecciones médicas, aunque no son un trastorno mental puede presentarse durante uno (DSM, 2014).

Agorafobia. Miedo intenso en dos o más de las siguientes situaciones: usar transporte público, estar en espacios abiertos o cerrados, estar en medio de una multitud o incluso estar fuera de casa solo; la persona evita este tipo de situaciones por el temor a no poder escapar de ellas, suele presentarse durante al menos seis meses (DSM, 2014).

Trastorno de ansiedad generalizada. Preocupación excesiva de las actividades sociales que se presentan durante mínimo seis meses y dicha preocupación es difícil de controlar y se asocia con al menos tres de los siguientes síntomas: sensación de estar atrapado, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño que pueden desencadenar malestar clínicamente significativo y deterioro social (DSM, 2014).

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicamentos. Los ataques de pánico predominan en el cuadro clínico y durante al menos un mes y no pueden ser explicados por otro trastorno de ansiedad no inducido por sustancias (DSM, 2014).

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica. Se presentan ataques de pánico en el cuadro clínico y existen pruebas y análisis médicos que determinan que este trastorno de ansiedad es producto fisiopatológico de otra afección médica (DSM, 2014).

Otro trastorno de ansiedad especificado. Esta categoría se emplea cuando se presentan síntomas de un trastorno de ansiedad, pero no cumple con todos los criterios de diagnóstico (DSM, 2014).

Otro trastorno de ansiedad no especificado. Se emplea cuando el médico no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios de los trastornos de ansiedad específicos (DSM, 2014).

Además de lo señalado, la ansiedad es un trastorno de salud mental que se caracteriza por episodios intensos de temor, que van acompañados de palpitaciones, taquicardia, sudación temblores, disnea, sensación de asfixia, dolor torácico, náuseas o dolor abdominal, sensación de mareo o aturdimiento, escalofríos o sofocos; además se presenta miedo excesivo a perder control o volverse loco y miedo a una muerte inminente; así mismo, un episodio de ansiedad puede surgir de la nada o ser generado por un estímulo (Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-11, 2019).

Ahora bien, otros autores han definido la ansiedad como una experiencia emocional que conlleva a diferentes movilizaciones en la persona, principalmente relacionadas al aprendizaje, cabe señalar que aparece antes situaciones que se perciben amenazantes, por tanto se requiere de herramientas y mecanismos que favorezcan la adaptación; sin embargo, cuando se presenta en exceso, es persistente, intensa y desproporcionada puede ser una respuesta maladaptativa pues generan conductas evitativas o retraimiento que afectan las creencias de eficacia, además los trastornos de ansiedad suelen presentarse de manera simultánea con otros trastornos psiquiátricos (Reyes, 2010; Hernández, Orellana, Kimelman, Núñez y Ibañez, 2005).

En consecuencia, González (1993) discrimina entre dos tipos de ansiedad, una de ellas normal o adaptativa y la otra anormal o patológica; con relación a esta última sostiene que es persistente, afecta la efectividad de la conducta humana e incluso puede convertirse en un motivo o fuerza desorganizada del comportamiento, pues la persona se percibe como incapaz de solucionar situaciones adversas limitando así, las posibilidades de actuar, pensar e interactuar en un contexto social. En cuanto a la ansiedad adaptativa afirma que, se relaciona principalmente con la maduración y el desarrollo, por lo que, mejora la productividad en la persona; además es poco persistente y no limita la posibilidad de interactuar, ya que es capaz de restaurar el equilibrio, que previamente estuvo afectado por las demandas contextuales o personales.

Es de suma importancia retomar la Teoría Tridimensional de la Ansiedad que afirma que la respuesta emocional surge o puede entenderse desde tres dimensiones, (a) cognitivo subjetivo, es decir, a nivel experiencial, en donde la ansiedad puede presentarse con sentimientos de malestar, hipervigilancia, tensión, inseguridad, alteraciones en la toma

de decisiones, pensamientos negativos y distorsionados sobre uno mismo y con las relaciones interpersonales, dificultad para pensar, estudiar, entre otros, (b) a nivel fisiológico se experimental cambios corporales, principalmente, por la activación de distintos sistemas corporales, tales como el Nervioso Autónomo, Motor, Central, el Endocrino y el Inmune; sin embargo, solo algunos de estos cambios son perceptibles, por ejemplo: aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria, por tanto suele presentarse dificultades respiratorias, además de la sudoración, tensión y temblores musculares, sequedad de la boca, sensaciones gástricas, entre otros y (c) finalmente a nivel motor se hace referencia a las conductas observables, en donde se puede presentar hiperactividad, movimientos repetitivos, tartamudez, evitación en situaciones de orden interpersonal, consumo de sustancias o alimentos, llanto, entre otros (Álvarez, Aguilar y Lorenzo, 2012).

Depresión. Según la Organización Mundial de la Salud (2017) la depresión es un trastorno mental que se caracteriza por presentar estados de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, alteración del sueño o apetito, sensación de cansancio o falta de concentración que a corto o largo plazo perjudica de forma notoria la capacidad de una persona de funcionar en el trabajo, en sus estudios o en la vida diaria; por otra parte, esta puede presentarse de forma moderada, grave, persistente o crónica, siendo esta última etapa un detonante para que una persona pueda cometer suicidio (de Vega y García, 2014).

La depresión se consolida como una de las principales enfermedades a nivel mundial y que puede afectar a cualquier persona en el mundo. Hoy, se estima que afecta a 350 millones de personas y comienzan a una edad temprana, por lo general, reduce el funcionamiento de las personas y, a menudo, son recurrentes; por estas razones, es la principal causa de discapacidad en todo el mundo en términos de años totales perdidos debido a la discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2020).

El DSM-5 (2014) distingue ocho tipos de trastornos depresivos, a continuación, se especifica cada uno, es necesario especificar si se presenta con ansiedad, con características mixtas, melancólicas, atípicas, psicóticas, catatonía, inicio en el periparto, patrón estacional y si su intensidad es leve, moderada o grave:

Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Se presenta con episodios de cólera verbales y de comportamiento, graves y recurrentes que no corresponden a una etapa del desarrollo, y además suelen presentarse tres o más veces por semana, en cuanto al diagnóstico,

este no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18; aunque es posible la comorbilidad con otros trastornos no es posible que se presente con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar (DSM, 2014).

Trastorno de depresión mayor. Suele aparecer con al menos cinco de los siguientes síntomas, y estar presentes durante las últimas dos semanas representando un cambio en el funcionamiento previo y un malestar clínicamente significativo: estado de ánimo deprimido, con sentimientos de tristeza o vacío, disminución significativa en el placer de realizar actividades que antes resultaban placenteras, pérdida de peso, insomnio, agitación o retraso psicomotor, fatiga, sentimiento de inutilidad e ideación suicida (DSM, 2014).

Trastorno depresivo persistente. Conocido también como distimia, se caracteriza por un estado deprimido durante la mayor parte del día siendo este recurrente, se requiere la presencia de al menos dos de los siguientes síntomas: poco o exceso de apetito, insomnio o hipersomnia, poca energía, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza, finalmente, la alteración no se puede explicar mejor por un trastorno relacionado a la esquizofrenia (DSM, 2014).

Trastorno disfórico premenstrual. Se presenta días antes de la menstruación con al menos cinco de los siguientes síntomas: labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa, estado del ánimo intensamente deprimido, ansiedad, disminución del interés por las actividades habituales, dificultad para concentrarse, letargo o intensa falta de energía, cambio en el apetito, hipersomnia o insomnio, sensación de estar agobiada y síntomas físicos como dolor (DSM, 2014).

Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento. Alteración en el estado de ánimo (deprimido) que predomina durante el cuadro clínico, además de una disminución notable en el placer por las actividades, existen pruebas o análisis de laboratorio en la historia clínica que dan cuenta de un tratamiento o medicamento (DSM, 2014).

Trastorno depresivo debido a otra afección médica. Disminución notable en el placer por las actividades cotidianas que predomina en el cuadro clínico, mediante pruebas y exámenes médicos es posible determinar que es producto de otra afección médica y no se explica mejor con otro trastorno mental (DSM, 2014).

Otro trastorno depresivo especificado. Esta categoría aplica cuando se presentan síntomas de un trastorno depresivo, pero no cumple todos los criterios diagnósticos, se puede

emplear por ejemplo cuando se presenta depresión breve recurrente, episodios depresivos de corta duración o episodios depresivos con síntomas insuficientes (DSM, 2014).

Otro trastorno depresivo no especificado. Esta categoría aplica cuando existen síntomas de un trastorno depresivo y aunque no cumple con los criterios diagnóstico, el clínico opta por no especificar los criterios de incumplimiento (DSM, 2014).

Según la CIE-11 (2019) la depresión es un trastorno mental cuyas características son tristeza, irritación, sensación de vacío, pérdida de placer, dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad, culpa excesiva o inapropiada, desesperanza además de pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, así mismo se presentan cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor y energía reducida que van acompañadas de síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que tienden a afectar el funcionamiento de una persona.

Autores como Boto, Acuña y Jiménez (2014) argumentan que, la depresión es más que tristeza, pues aunque se caracteriza con sentimientos de tristeza, también se presenta desánimo, desespero, irritabilidad, así como una falta general de interés o placer en la vida; cuando estos sentimientos duran un corto período de tiempo, se le puede llamar caso pasajero de "depresión", pero cuando son prologados en el tiempo y fuertes en intensidad y que interfieren en muchos aspectos cotidianos se le considera un trastorno de depresión.

Por su parte Alberdi, et al. (2006) definen que la depresión y el dolor comparten una vía similar en el cerebro, por lo que los efectos en las personas con depresión se presenta en forma de dolores y molestias cotidianas como: dolores de cabeza, de estómago, articulares y musculares; además, adicción o abuso de sustancia alcohólicas y psicoactivas, comportamiento temerario, bajo rendimiento académico, malas relaciones interpersonales; así mismo afecciones a nivel físico: dificultades en la memoria, problemas gastrointestinales y psicomotores, vasos sanguíneos contraídos, aumento de la sensibilidad al dolor, sistema inmune débil, diabetes, alta presión sanguínea, colesterol alto; también afirman que los medicamentos utilizados para tratar la depresión pueden tener efectos secundarios, por ejemplo: fatiga, náuseas, insomnio, mareo, resequedad en la boca, visión borrosa, dificultad para concentrarse, cambios en el apetito, aumento / pérdida de peso, disfunción sexual, entre otros.

Para comprender la depresión, han surgido diversos modelos teóricos tales como la teoría de desesperanza propuesta por Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner, y Sandín (1997) en donde se

afirma que la interacción entre los estilos cognitivos negativos y los eventos negativos de la vida genera una sensación de desesperanza, la cual suponía que era suficiente por sí misma para provocar depresión; además establece que la relación entre los estilos inferenciales negativos, los eventos negativos de la vida y la depresión cambian notablemente una vez que el estilo cognitivo del individuo se convierte en un rasgo de naturaleza, por lo tanto se redujo la importancia de las atribuciones causales, caracterizando en cambio los estilos inferenciales negativos que implican tres formas de tendencias en respuesta a un evento negativo, estas son: (a) inferir causas estables y globales para el evento, (b) inferir consecuencias negativas del evento, e (c) inferir características propias negativas; por otra parte, los estilos inferenciales funcionan como diátesis cognitivas, que por sí mismas no deberían asociarse con una mayor probabilidad de desarrollar desesperanza y depresión; en cambio, solo en presencia de eventos negativos de la vida hay mayor riesgo de desesperarse y deprimirse, este aspecto de la teoría es, por lo tanto, esencialmente un modelo de depresión y estrés de diátesis; por el contrario, las personas con estas diátesis cognitivas no deberían correr un mayor riesgo de depresión en presencia de eventos positivos o ausencia de eventos negativos.

Estrés. La Organización Mundial de la Salud (2004) determina que el estrés es una respuesta fisiológica o alerta biológica necesaria para afrontar la vida cotidiana como cambiar de trabajo, hablar en público entre otras actividades, es decir que este estimula el organismo para que este logre su objetivo y a su vez permitiendo que vuelva a un estado de tranquilidad una vez el estímulo haya cesado; sin embargo, cuando la presión presentada por el estímulo se mantiene y se genera un estado de resistencia se vuelve patológico con síntomas como: sensación de incomodidad, agotamiento y alteraciones a nivel funcional y orgánicas.

Con relación a los trastornos del estrés reconocidos en el DSM -5 es posible mencionar los Trastornos Relacionados con Traumas y otros Factores de Estrés, tales como: (a) Trastorno de estrés postraumático (alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al hecho traumático), (d) Trastorno de estrés agudo (exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, síntomas de intrusión, disociativos, de evitación, de alerta y estado de ánimo negativo.), (e) Trastorno de adaptación (síntomas emocionales o del comportamiento en respuesta a un factor de estrés clínicamente significativos, (f) otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado (esta categoría se emplea cuando se presentan síntomas de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés que causan malestar clínicamente

significativo o deterioro social, pero no cumple con todos los criterios de diagnóstico) y (g) Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado (se emplea cuando el médico no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno relacionado con traumas y factores de estrés específicos).

La CIE-11 (2019) define al estrés como un síntoma transitorio a nivel emocional, somático, cognitivo o del comportamiento que surge como resultado de un estímulo de corta o larga duración cuya naturaleza es de tipo amenazante que presenta aturdimiento, confusión, tristeza, ansiedad, enojo, desesperación, hiperactividad, inactividad, aislamiento social o estupor y que una vez se elimina la situación de amenaza se da una disminución del factor estresante.

El estrés es la respuesta de un individuo a un cambio de circunstancias o una situación amenazante; se puede ver como una reacción personal a un evento / demanda externa o como un estado mental interno; el estrés se considera como una reacción psicológica y física normal a las demandas de la vida, es la forma en que el cuerpo reacciona física, emocional, mental y conductualmente ante cualquier cambio en el estatus quo, incluso el cambio imaginado puede causarlo, además es altamente individual, es decir que una situación que para una persona es estresante para otra no; por lo general, este ocurre cuando sucede algo que se siente como impositivo, como una demanda, cuando se percibe que hacerle frente a una situación no está en la capacidad del individuo o este no cuenta con las estrategias de afrontamiento necesarias; el estrés no es del todo malo, pues en muchos casos genera la energía que se requiere para que una persona se esfuerce y se mantenga alerta, especialmente bajo situaciones desafiantes (Ospina, 2016).

Con relación a los síntomas del estrés, es posible mencionar los mentales, como el olvido, el nerviosismo, la confusión, la poca concentración, el letargo, la negatividad entre otros; los físicos, tales como la fatiga, el insomnio, dolores musculares, malestar digestivo, cambio de apetito y dolores de cabeza; los emocionales como ansiedad, cambios de humor, irritabilidad, depresión, resentimiento, impaciencia, preocupación y sensación de presión; los sociales o de comportamiento como disminución del deseo sexual, falta de intimidad, aislamiento, intolerancia, soledad, evitación de situaciones sociales, abuso de alcohol, tabaco y/o drogas; por último los síntomas espirituales incluyen apatía, pérdida de dirección y sentido de la vida y vacío (Castillo, Torres, Ahumada, Cárdenas y Licon, 2014).

En este sentido, Sarubbi y Castaldo (2013) sugieren que el impacto del estrés a largo plazo varía enormemente de persona a persona y puede tener consecuencias de largo alcance si no se controla, las personas pueden notar que su sueño y memoria se ven afectados, sus hábitos alimenticios cambian y/o se sienten menos inclinados a hacer ejercicio; algunas personas pueden fumar, consumir más alcohol o tomar drogas para aliviar el estrés; de ahí que a largo plazo también pueden afectar la salud física de otras maneras, en términos de problemas específicos de salud física, el estrés puede conllevar a síntomas del sistema gastrointestinal, ya que la actividad cerebral y el intestino están estrechamente interconectados, el síndrome del intestino irritable, por ejemplo, se ha asociado con factores estresores psicosociales.

Además, Sarubbi y Castaldo (2013) y Mejía, et al (2019) establecen que el estrés sigue un patrón de tres etapas el cual se llama Síndrome de Adaptación General, que inicia con una reacción de alarma, respuesta de lucha o huida, luego está la etapa de resistencia, con estrés crónico y uso activo de los recursos del cuerpo y por último la etapa de agotamiento donde aparecen daños a nivel de tejidos, de enfermedades y evacuación de los recursos del cuerpo; dentro de las consecuencias de estas etapas, el estrés genera otro tipo de enfermedades como la hipertensión, el tabaquismo, la obesidad, el alcoholismo, el abuso de drogas, los problemas gastrointestinales, la artritis, las alteraciones del sistema inmunitario, los trastornos de la piel y las afecciones neurológicas y como resultado de esta situación hay respuestas adversas a nivel emocional, psicológico y físico debido a la prolongada exposición, ya que se genera un agotamiento que evacua los recursos emocionales del cuerpo terminando en una insatisfacción general de las expectativas de la vida y sociales.

Como modelo teórico, es posible retomar la teoría propuesta por Selye (1936, como se citó en Pérez, 2017; Bértola, 2010) que explica el estrés basado en la fisiología y la psicobiología como Síndrome de Adaptación General (GAS, por sus siglas en inglés); su modelo afirma que un evento que amenaza el bienestar de un organismo (un factor estresante) conduce a una respuesta corporal en tres etapas: la etapa uno o de alarma, en esta cuando un individuo encuentra un factor estresante, su cuerpo reacciona con una respuesta de "lucha o huida" y se activa el sistema nervioso simpático; las hormonas como el cortisol y la adrenalina se liberan al torrente sanguíneo para enfrentar la amenaza o el peligro, por tanto, los recursos del cuerpo ahora se movilizan; en la etapa dos o de resistencia el sistema nervioso parasimpático devuelve muchas funciones fisiológicas a niveles normales, mientras el cuerpo concentra los recursos contra el

factor estresante, los niveles de glucosa en la sangre permanecen altos, el cortisol y la adrenalina continúan circulando a niveles elevados, pero la apariencia externa del organismo parece normal, a pesar de darse un aumento en la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la respiración, lo que conlleva a que el cuerpo permanece en alerta roja; en la última etapa, la tres o de agotamiento, describe que si el estrés continúa más allá de la capacidad del cuerpo, el organismo agota los recursos y se vuelve susceptible a la enfermedad y la muerte; el modelo también explica sobre el sistema del eje hipotálamicohipofisario-adrenal (eje HPA) que prepara al cuerpo para hacer frente al estrés, Selye también explicó sobre un síndrome de adaptación local que se refiere a la respuesta inflamatoria y los procesos de reparación que ocurren en el sitio local de la lesión tisular, como en las lesiones tóxicas pequeñas, como la dermatitis de contacto que puede conducir a GAS si la lesión local es lo suficientemente grave.

Marco Multidisciplinar

Es importante tener en cuenta la opinión que tienen diferentes disciplinas como lo son la psiquiatría, medicina y psicología sobre lo que definen como ansiedad, depresión y estrés, de tal manera que se logre identificar el concepto que se tiene de la influencia de estos factores en la vida y desempeño de los seres humanos en su cotidianidad y actividades laborales.

Teniendo en cuenta lo anterior según Reyes (2005) desde la psiquiatría, la ansiedad es una experiencia emocional y fenómeno normal que contribuye al conocimiento propio, debido a que genera que se presenten conductas defensivas en el organismo, proporcionando un aprendizaje que estimule el desarrollo de la personalidad, donde las personas se motiven a lograr metas, manteniendo un nivel de trabajo y conducta elevada. Sin embargo, también señala que, si se excede en los niveles de ansiedad, esto ocasionará que se considere como nociva, lo cual conlleva a que se produzcan enfermedades e ineficacia en el desarrollo y cumplimiento de actividades.

Además de lo anterior Reyes (2005) señala que, aunque la ansiedad con frecuencia es relacionada con el estrés, estos dos términos son diferentes en la medida que mientras el estrés necesita de un estresor, es decir de una situación que le genere demanda o amenaza, la ansiedad no. Razón por la cual asegura que la ansiedad puede hacer parte del estrés, donde emita la respuesta fisiológica de defensa. Sin embargo, el estrés no necesariamente debe estar

acompañado de ansiedad, debido a que una situación puede ser estresante pero no necesariamente estar asociado a una sensación de ansiedad, por esta razón esto dependerá de la expectativa que tenga la persona frente a la demanda que se le plantea (Reyes, 2005). De igual manera existen diferentes factores que están asociados a la que una persona presente ansiedad, como lo son, trastornos neurológicos, enfermedades cardiovasculares y consumo de sustancias psicoactivas (Reyes, 2005).

Mientras que, al indagar sobre conceptos como la depresión, se encuentra que desde la psiquiatría esta es entendida como un síndrome o agrupación de síntomas afectivos que se encuentran relacionados con esferas de sentimientos o emociones que conllevan a la tristeza patológica, la irritabilidad, el decaimiento, sensaciones subjetivas de imposibilidad frente a exigencias de la vida cotidiana (Alberdi, et al., 2006). De tal manera que afirman que, en menores o mayores grados, siempre se encontraran síntomas de carácter cognitivo, voluntarios e incluso somáticos.

Sin embargo debido a esta variedad de sintomatología que presentan muchos de los pacientes, Alberdi, et al. (2006) afirman que en ocasiones se hace difícil establecer un diagnóstico diferencial de otros trastornos como por ejemplo trastornos por ansiedad, esto debido que comparte gran número de sintomatologías, razón por la cual recomiendan basarse en posibilidades diagnósticas observacionales, donde se evalúen apariencia y aspecto personal, tono de voz, expresiones faciales poco expresivas, lentitud en sus movimientos así mismo como llanto fácil y espontaneo.

Mientras que, desde la medicina, autores como Pérez, García, García, Ortiz y Centelles (2014) indican que el estrés ha sido definido como una reacción o respuesta que genera el organismo de una persona frente a cambios o acontecimientos importantes, estas reacciones pueden ser positivas o negativas. Sin embargo, al ser persistentes los acontecimientos estresores, estos ocasionaran en el sujeto que las respuestas del organismo aumenten su intensidad y queden instauradas en el individuo aun cuando después de un tiempo se dejen de presentar las situaciones que producen estrés (Pérez, et al., 2014).

Como resultado el estrés es considerado como una patología debido a que sus síntomas pueden llegar a ocasionar trastornos en el individuo, de tal manera que se vea afectada su salud biológica y psíquica, logrando generar problemas que deriven en conflictos, insatisfacciones y dificultades para desenvolverse socialmente. Sin embargo cabe resaltar que si bien el estrés está

asociado con dificultades que repercuten de manera negativa en la salud tanto física, como emocional del individuo se debe mencionar que existen dos diferentes tipos de estrés donde el Eustrés se reconoce como positivo debido a que permite a la persona expresar y manifestar sus talentos especiales e imaginación por medio de la creatividad frente a situaciones que se le presenten, mientras que el Distrés es negativo para la salud, puesto que genera una sobrecarga en el trabajo de la persona, desencadenando así un desequilibrio fisiológico y psicológico que influye en la reducción de la productividad del individuo, asociado con aparición de enfermedades psicosomáticas y envejecimiento acelerado (Pérez, et al., 2014).

Sin embargo, el estrés más frecuente presentado en las personas es el Distrés, esto se debe a las herramientas de afrontamiento que tiene cada persona, donde si bien el ambiente físico o biológico puede ser un generador de estrés, es realmente en el ambiente social o psicológico donde se presenta en mayor proporción la aparición de este tipo de estrés (Pérez, et al., 2014).

Como consecuencia este tipo de situaciones afecta directamente la salud, puesto que facilita la aparición de diferentes enfermedades o incluso acelera progresivamente enfermedades crónicas que tenga la persona, todo esto relacionado con la estimulación de realización de conductas que resultan nocivas y que además reducen la aparición de conductas saludables para la persona (Pérez, et al., 2014).

Paralelamente desde la psicología la ansiedad es definida por Sierra, Ortega y Zubeidat (2003), como una respuesta que se presenta ante un peligro indefinido, que además puede ser confuso o imaginario y se caracteriza por sensaciones de inquietud y desamparo, generando que la persona tenga la necesidad de anticiparse a una desgracia, lo cual conlleva a manifestaciones fisiológicas como, sudoración, tensión muscular, pulso acelerado, quejidos, respiración entrecortada, indigestión, entre otros (Sierra, et al. 2003).

De esta manera se resalta que el estrés y la ansiedad con frecuencia son confundidos empleándolos como sinónimos, sin embargo, señalan que, aunque tengan relación se puede diferenciar debido a que el estrés es considerado como la incapacidad que posee el individuo para enfrentar las demandas o amenazas del ambiente, contrariamente a la ansiedad que es una reacción emocional ante amenazas que pueden ser a nivel cognitivo, fisiológico, emocional y motor. Consecuentemente la disciplina que mejor hace la diferenciación entre los dos conceptos es la psicofisiología debido a que no solo tiene en cuenta los procesos fisiológicos de la persona,

sino también los sentimientos que son subjetivos y que se encuentran relacionados con la ansiedad (Sierra, et al., 2003).

Sin embargo, el estrés entendido desde la psicología es definido como una relación que ocurre entre el individuo y su contexto donde por medio de una evaluación la persona considera su contexto como amenazante y desbordante generando que no sienta la capacidad de enfrentarlo, percibiéndolo como una situación que pone en peligro su bienestar (Larazus y Folkman, 1986 citado por Enrique, 2004). Cabe resaltar que este tipo de sucesos están asociados con eventos que han sido traumáticos para la persona, los cuales pueden variar de una persona a otra dependiendo del nivel de amenaza que le provocaron (Enrique, 2004).

Adicionalmente se señala que el estrés se encuentra asociado con una serie de síntomas, como lo son: (a) Re experimentación del evento traumático, donde la persona tiene recuerdos persistentes de la situación, así mismo como pensamientos o sueños que se encuentran relacionados al trauma y que le generan malestar en su cotidianidad, (b) Evitación de estímulos asociados al trauma, de tal manera que se evite todo tipo de contacto, con personas, lugares, pensamientos, sentimientos e incluso conversaciones que se relacionen y que le puedan provocar recuerdos de la situación estresante, (c) Aumento de la activación con síntomas, asociados especialmente a la incapacidad de conciliar el sueño, altos niveles de irritabilidad, dificultad para concentrarse y altos niveles de hipervigilancia (Enrique, 2004).

Mientras que desde la psicología se entiende la depresión como una condición que afecta la conducta, estado de ánimo y los pensamientos que tiene una persona. De tal forma que transforma el sentir, actuar y pensar, generando que situaciones que eran fáciles y agradables se perciban como difíciles de realizar y en ocasiones casi imposible de concretar (Zarragoitía, 2011).

Marco Legal

La salud mental en Colombia se encuentra regulada por la ley 1616 de 2013 a partir de la cual se promueve la salud y se previene la aparición de trastornos mentales en la población colombiana, por medio del uso de una atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del sistema general de seguridad social en salud. En este sentido el poseer una óptima salud mental es definida como la capacidad que tienen las personas de encontrarse en un estado

dinámico el cual se expresa en la vida cotidiana por medio del comportamiento y la interacción social.

De esta manera las personas a nivel tanto individual como colectivo pueden desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, donde pueden trabajar y establecer relaciones significativas que contribuyan a la comunidad y a su propio bienestar (Ley 1616 de 2013).

Por esta razón la salud mental se convierte en un tema de interés para la república colombiana donde a partir de los diferentes contextos laborales se debe garantizar la protección de la salud física y mental de los trabajadores. Por consiguiente, se reglamenta bajo la ley 100 de 1993 el cumplimiento de La Seguridad Social Integral a los trabajadores por medio de compromisos conjuntos de instituciones, normas y procedimientos para garantizar la calidad de vida de las personas que laboran. Esto se logra a través del desarrollo progresivo de planes y programas ejecutados por el Estado y la sociedad para cubrir integralmente posibles contingencias, principalmente las que deterioran las condiciones de salud y la capacidad económica de los colombianos, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

En consideración con lo anterior, a raíz del surgimiento de la ley 100 de 1993 se establece que todo trabajador debe encontrarse vinculado a servicios de salud donde se vigile y promueva el bienestar laboral de sus empleados. Razón por la cual se reglamenta en el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST un organismo que promueve y vigila las normas y reglas de seguridad y salud en el trabajo mediante prácticas y hábitos saludables en todos los niveles de las empresas a nivel nacional (COPASST, 2016).

Teniendo en cuenta lo anterior se establece que, de acuerdo con la normatividad y leyes colombianas, las distintas empresas tanto de carácter público como privado se encuentran obligadas a prestar servicios de atención y vigilancia a la salud de sus empleados con el fin de brindar una adecuada salud física y mental que contribuya al desarrollo individual y colectivo.

Es de esta manera que al tener en cuenta que la Empresa Social del Estado ESE Villavicencio, en el cumplimiento de las leyes anteriormente mencionadas debe proporcionar el cuidado en la salud física y mental de su personal laboral dentro de los cuales se encuentran médicos y enfermeras de tal forma que estos logren dar cumplimiento a sus obligaciones sin descuidar su propia salud, desde la psicología tomando como referencia el compromiso social y

académico que se tiene desde esta disciplina, surge la necesidad de investigar acerca de los niveles de ansiedad, estrés y depresión que pueden afectar a los médicos y enfermeras en sus actividades laborales. Lo anterior regulado por medio del ejercicio profesional de psicología que se rige mediante la ley 1090 de 2006, donde se dicta el código deontológico y bioético que establecen los criterios que deben cumplir todas y cada una de las personas profesionales de psicología que se encuentren ejerciendo la profesión de psicólogos.

De esta manera desde la ley 1090 de 2006, se establecen normas generales que deben cumplir los profesionales independientemente del campo de acción en el que se encuentren trabajando, estas responsabilidades se encuentran establecidas principalmente frente al compromiso que se tiene con los pacientes y la sociedad en general de prestar servicios que contribuyan a la solución de las problemáticas sociales existentes en nuestro contexto.

Marco Institucional

La creación de las Empresas Sociales del Estado Prestadoras de Servicios de Salud (ESE) se constituyen con la promulgación de la Ley 100 de 1993 pero su reforma se da con la sentencia del Decreto 1876 de 1994, el cual determinó que los hospitales de orden Municipal o Departamental pasarían a ser entidades administrativas descentralizadas cuyas finanzas son de carácter autónomo y deben manejar su propio patrimonio, esto con el fin de mejorar la eficacia del uso de los recursos financieros, humanos, materiales y técnicos usados en dichas entidades para así mejorar las condiciones de prestación del servicio de salud a la población atendida (Presidente de la República de Colombia, 1994).

La Empresa Social del Estado de Villavicencio (ESE Municipal) es una entidad pública ubicada en la Carrera 42 No. 32 – 06 en el barrio Barzal Alto y que, garantiza la prestación integral de primer nivel a la población de Villavicencio, mediante el servicio ambulatorio y hospitalario busca la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así mismo procura, entre otros aspectos, mejorar las condiciones de seguridad, oportunidad, accesibilidad y humanización, así como contribuir a la promoción del conocimiento con la Docencia - Servicio. Para el año 2020, la ESE Municipal (2020) será reconocida por el Modelo de Atención Primaria en Salud y de seguridad del paciente, además de los procesos previamente mencionados.

Con relación a los distintos Comités que conforman el equipo de trabajo de Talento Humano, se puede mencionar el COPPAST y el de Convivencia Laboral que fueron creados en diciembre de 2017; cabe señalar que el primero de ellos surge con el objetivo de promocionar la Seguridad y la Salud en el trabajo mediante prácticas y hábitos saludables en todos los niveles de la empresa, por otro lado, el Comité de Convivencia Laboral surge como una herramienta preventiva para adoptar todas aquellas medidas que garanticen la prevención y eliminación de los distintos tipos de agresión que atenten contra la dignidad humana (ESE Municipal, 2020).

La ESE Municipal (2020) está fundamentada en tres procesos básicos que guían la calidad de la entidad, estos son: (a) Procesos de Dirección, en el cual se busca el control interno disciplinario y de gestión, así como la gestión de calidad, (b) Procesos Misionales, en el que se encuentra: consulta externa, laboratorio clínico, urgencias, odontología, servicio farmacéutico, hospitalización, promoción y prevención y traslado asistencial y (c) los Procesos de Apoyo, en el cual se encuentra: talento humano, gestión financiera, sistemas de información, compras y suministros, atención al usuario, contratación, gestión documental y mantenimiento y logística.

Actualmente, la ESE Municipal (2020) está conformada por 18 entidades de salud, organizadas de la siguiente manera: 14 centros de salud (Alto Pompeya, Esperanza, Morichal, Porfía, Recreo, 12 de octubre, Comuneros, Kirpas, Cuncia, Nohora, Reliquia, Popular, Porvenir y Barzal, en este último se cuenta con programas especiales enfocados en la hipertensión y la diabetes, además de los servicios de odontología y consulta externa) y 4 puestos de salud (Buenavista, Puerto Colombia, Rincón Pompeya y Santa Teresa). Además, cuenta una unidad móvil que se encarga principalmente de la atención médica y de enfermería, toma de citologías y servicio odontológico; así mismo transporte asistencial básico, asistencial medicalizado y de muestras de laboratorio.

Antecedentes Investigativos

A nivel Internacional

Teniendo en cuenta que el trabajo de médicos y enfermeras es de gran importancia en la vida cotidiana debido al rol de cuidado en salud que ejercen dentro de la sociedad, se encontró que a nivel mundial, Latinoamérica y nacional se han elaborado distintas investigaciones enfocadas a

evaluar los efectos que conllevan su ejercicio laboral y profesional en el desarrollo de su salud física y mental. En este sentido, se puede resaltar el estudio de Gómez, Ballester, Gil y Abibanza (2015) el cual se llevó a cabo en España y recibe el nombre de “Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las unidades de cuidados intensivos” donde se tenía como objetivo evaluar las problemáticas en torno de la ansiedad, depresión y percepción subjetiva del estado de ánimo en profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Para lo cual se contó con la participación de 117 médicos que trabajan en la UCI en el Hospital de la Comunidad Valenciana (España), los principales hallazgos sugieren que la mayoría de los participantes presentaban síntomas de ansiedad y depresión. De esta forma los resultados muestran diferencias relacionadas con el género y el cargo ocupado dentro de la institución, resaltando que las mujeres presentan mayores niveles ansiedad, depresión y malestar emocional. Así mismo, se encontró que las personas que trabajan a diario teniendo contacto con el sufrimiento y la muerte en ambientes demandantes, se puede relacionar con mayores índices de trastornos en la salud mental de los profesionales.

Wilson et al. (2020) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de evaluar la prevalencia y los predictores de síntomas de estrés, depresión y ansiedad en profesionales de la salud indios (163 mujeres y 187 hombres) pertenecientes a la asistencia directa de selección, detección, diagnóstico y tratamiento de pacientes y posibles pacientes de COVID-19; para obtener los datos a los participantes les aplicaron la Escala de Estrés

Percibido de Cohen, por su parte, la depresión y la ansiedad fueron evaluadas por medio del Cuestionario de Salud Pública-9 y el de Trastorno de Ansiedad Generalizada-7. Los resultados establecieron que las mujeres son quienes tiene mayor prevalencia de síntomas de depresión, así mismo, tenían dos veces más probabilidad desarrollar estrés que los hombres, de igual forma se determinó que los participantes que mostraron niveles de depresión requieren de tratamiento y de apoyo emocional.

Amin, Sharif, Saeed, Durrani y Jilani (2020) investigaron la prevalencia y los factores asociados a la depresión y la ansiedad en médicos de primera línea pakistaníes de los servicios de emergencias, participaron un total de 389 médicos (201 hombres y 188 mujeres) con una media de 35 años, a quienes les aplicaron un cuestionario en línea para recolectar información referente a lo sociodemográfico, conocimientos y percepción del COVID-19 y el Cuestionario de Autoinforme Validado de la Organización Mundial de la Salud (SRQ-20). Los resultados de la

investigación demostraron que el 43% de los participantes presentaron depresión y signos de angustia psicológica, por otra parte, el miedo y la precaria protección, así como el posible contagio fueron factores que presentaron un impacto directo en los rasgos de depresión entre los médicos participantes, así mismo, se determinó que los médicos que desempeñan sus funciones en emergencias al estar expuestos a pacientes COVID-19 positivos y sospechosos mostraron niveles altos de depresión y ansiedad.

Mesa (2019) realizó un estudio de tipo descriptivo y correlacional con el fin de establecer la relación entre la inteligencia emocional percibida, la ansiedad y el estrés laboral en un grupo de 258 enfermeros españoles (192 mujeres y 66 hombres); para tal fin a los participantes les aplicaron el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) con el fin de valorar la ansiedad, el Nursing Stress Scale (NSS) versión española para medir el nivel de estrés laboral, el Trait Meta Mood Scale (TMMS-24; versión en español) el cual evalúa la inteligencia emocional percibida y un cuestionario de datos sociolaborales. Los resultados demostraron que entre las variables hay una relación directa y significativa, además de ello se logró establecer que la atención emocional es un factor predictivo positivo de la ansiedad y el estrés laboral; así mismo, se evidenció que las mujeres presentaron mayores puntuaciones que los hombres en cuanto a las variables de estrés laboral y ansiedad, por otro lado, se determinó que la edad es un factor influyente en cuanto a la disminución del estrés laboral y la ansiedad, así como de la reparación emocional; y por último, otro factor que presentó un impacto directo en los niveles de ansiedad y estrés laboral fue la experiencia laboral, es decir que a menor experiencia mayor es el nivel obtenido en las variables medidas.

Yahaya, Abdull, Bahribin, Mohd & Abdul (2018) realizaron una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia y los factores de depresión, ansiedad y estrés en un grupo de 140 médicos malayos (56 hombres y 84 mujeres) quienes laboran en el departamento de emergencias del sistema de salud; las variables fueron medidas por medio de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés de 21 ítems (DASS-21). El análisis de los resultados estableció que la mayor incidencia de angustia psicológica entre los participantes fue la ansiedad (28,6%), seguida de la depresión (10,7%) y por último el estrés (7,9%), en cuanto al género, los hombres poseían un nivel de ansiedad significativamente mayor que las mujeres, pero frente a la depresión y el estrés las mujeres experimentaron mayores niveles de depresión y estrés, por otra parte, la

satisfacción personal y laboral fueron factores que se correlacionaron positivamente con la disminución del nivel de las variables medidas.

Perúla, Perúla, Perúla, Jiménez y Vaquero (2017) realizaron una investigación de tipo descriptivo y bivariada para determinar la relación existente entre la práctica de mindfulness, la atención plena y el estrés laboral en un grupo de 96 trabajadores de la salud españoles (64 mujeres y 32 hombres) que laboran en centros de salud (CS) y urgencias de atención primaria (UAP), para la recolección de los datos a los participantes les aplicaron el Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), además se indagó en el aspecto sociolaboral y el conocimiento que los participantes poseían acerca de la práctica del mindfulness y el impacto de esta sobre el estrés laboral. Los resultados de la investigación determinaron que el género y la edad de los participantes no fueron un causal para presentar diferencias significativas frente al estrés laboral, por otro lado, se comprobó que a mayor tiempo de desempeño laboral en UAP el nivel de estrés laboral fue mayor en aquellos participantes con esta característica; así mismo, se logró establecer que aquellos participantes que en su práctica diaria incluyen mindfulness presentaron menores niveles de estrés laboral y una mayor capacidad de observación, siendo las mujeres quienes obtuvieron mejores niveles de atención plena con relación a los hombres, finalmente se determinó que aquellos participantes que incluyen la práctica del mindfulness de forma ocasional o no la practican presentan menores nivel de atención plena y mayores niveles de estrés laboral.

García (2017) por medio de su investigación buscaba establecer la relación entre el nivel de Burnout y sus dimensiones (cansancio emocional y despersonalización) con respecto a la personalidad, la ansiedad y la depresión del personal médico que labora en Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH); para ello se seleccionó una muestra de 195 profesionales españoles de la salud (médicos, 80 y enfermeros, 115) con una edad media de 43 años y con una distribución de participación de 99 participantes pertenecientes a AP y 96 a AH, a quienes les aplicaron los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Datos Sociodemográficos y Laborales, el Maslach Burnout Inventory (MBI), la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS), el Test de Personalidad de Eysenck (EPI) y el Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO-PI-R). El análisis de los resultados estableció que hay diferencias significativas con respecto al lugar de trabajo, de ahí que el nivel de despersonalización sea mayor en los participantes de AH que en los de AP, así mismo se estableció que los participantes que se desempeñan en AP presentan mayores niveles de ansiedad

comparados con los participantes de AH, también se logró determinar que hay una relación positiva entre las dimensiones del Burnout y la antigüedad, es decir que aquellos participantes con mayor antigüedad presentaron mayores niveles de despersonalización.

Carrillo, Ríos, Martínez y Noguera (2016) por medio de su investigación buscaron establecer el nivel de estrés laboral en una muestra de 80 profesionales de enfermería españoles (23 hombres y 66 mujeres) pertenecientes a la unidad de cuidados intensivos (UCI) y la relación presente entre el aspecto sociodemográfico y laboral de los participantes; para la recolección de datos aplicaron el Job Content Questionnaire. Los resultados plantearon que la sobrecarga laboral y la falta de tiempo para llevar a cabo las tareas asignadas así como la urgencia de las mismas tuvieron un impacto directo sobre los niveles de estrés en los participantes, ya que significaron una carga emocional extra, de igual modo el poco control que tienen sobre la toma de decisiones respecto a la labor que desempeñan y la demanda de aprendizaje continuo fueron factores que generaron un impacto directo sobre el nivel de estrés de los participantes debido a la carga psicológica que esto les produjo.

Li et al. (2016) investigaron la relación entre los eventos de vida y los niveles de ansiedad y depresión en una muestra de 412 trabajadores del sector salud chino (médicos, 124 y enfermeras, 288) del servicio de urgencias (SU); para la recolección de datos aplicaron la Escala de eventos de vida (LES), la Escala de ansiedad de autoevaluación de Zung (SAS) y la Escala de depresión de autoevaluación de Zung (SDS). Los resultados establecieron que los médicos, así como las enfermeras de SU experimentaron más acontecimientos vitales negativos que positivos generando síntomas sugestivos de ansiedad y depresión, los médicos experimentaron muchos más eventos negativos relacionados con el trabajo que las enfermeras, sin embargo, las enfermeras mostraron niveles más altos de ansiedad y depresión que los médicos.

Fernández, Estrada y Arizmendi (2019) investigaron los factores que se asocian al estrés, la ansiedad y la depresión en un grupo de 106 enfermeros mexicanos (94 mujeres y 12 hombres); para obtener los datos aplicaron el Cuestionario de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS) para aplicación en población mexicana, el Cuestionario de The Nursing Stress Scale (NSS) y el Cuestionario de Ansiedad y Depresión de 18 preguntas. El análisis de los resultados demostró que el 88% de las enfermeras presenta depresión leve frente a un 12% de los hombres, 40% moderada, 22% grave y tan solo un 1% presentaron ansiedad, así mismo se demostró que las enfermeras presentan en mayor medida ansiedad y depresión debido a factores como la muerte

de un paciente, sobrecarga laboral, conocimiento insuficiente, miedo a dar un diagnóstico errado, problemas con un superior inmediato o colegas, de igual forma se determinó que la edad y el tipo de turno, así como el tipo de estudio que tienen los participantes fueron factores determinantes para la presencia de ansiedad, depresión y estrés.

Rodríguez (2017) llevó a cabo una investigación para determinar qué factores tenían una incidencia en el estrés presentado por 309 médicos y enfermeros mexicanos (155 mujeres y 154 hombre) que desempeñan su labor en centros de atención primaria (AP) en 3 hospitales y 41 centros de atención primaria del estado de Zacatecas; para la recolección de los datos aplicaron la Guía de Identificación de Factores Psicosociales y el Cuestionario de Estrés Laboral (OIT/OMS). Los resultados plantearon que las mujeres presentan mayores niveles de estrés laboral que los hombres, que el tipo de contrato tiene un impacto directo sobre la satisfacción laboral y esta sobre el nivel de estrés presentado, de ahí que los participantes con contrato fijo poseen un mayor nivel de satisfacción laboral que aquellos con un contrato temporal, el desempeño de las tareas asignadas también presentó una influencia directa sobre el nivel de estrés, así mismo el tipo de turno y el horario fueron dos factores predictores de este, ya que el turno diurno representa una mayor carga laboral así como el turno de fin de semana contrario al turno nocturno que tiene una menor carga laboral.

Palmer, Prince, Medina y López (2017) realizaron una investigación con el fin de establecer la frecuencia de los rasgos de depresión presentes en un grupo de 70 médicos mexicanos internos de pregrado (MIPS) (38 mujeres y 32 hombres); para la recolección de datos se aplicó La Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. Los resultados demostraron que las mujeres fueron quienes presentaron mayores rasgos de depresión, así mismo se estableció que la rotación en el área de ginecoobstetricia fue un factor con una influencia directa sobre el nivel de depresión, por otro lado, factores como la carga laboral al inicio del internado, trastornos como el estrés, el nivel socioeconómico, si vive con la familia o con amigos y los síntomas psicopatológicos tuvieron un nivel de incidencia medio con respecto al rasgo de depresión presente en los participantes.

Méndez (2016) por medio de su investigación buscó establecer la relación entre estrés, depresión y ansiedad en el personal que labora en el área de cirugía del Hospital Salvador B. Gautier de República Dominicana, en dicha investigación participaron 97 empleados (70 hombres y 27 mujeres); para la recolección de los datos se aplicó una encuesta observacional,

descriptiva, de carácter transversal y recolección de datos prospectivos. Los resultados de la investigación establecieron que el 73% de los participantes presentó niveles de estrés entre moderado y elevado, siendo los hombres quienes reportaron mayores niveles de estrés (79,4%), así mismo se demostró que las mujeres presentaron mayores niveles de depresión y ansiedad que los hombres, por otro lado fueron los médicos residentes quienes reportaron mayores porcentajes de estrés en comparación con el resto del personal médico, igualmente, se estableció que las especialidades que presentaron mayor impacto de estrés fueron urología, cirugía plástica y anestesiología, por su parte las especializaciones que mayor puntuación obtuvieron en las variables de depresión y ansiedad fueron anestesiología y cirugía general, así mismo se logró determinar que la carga laboral también fue un factor predictivo de los niveles elevados en las variables objeto de la investigación.

Olea y Riojas (2019) buscaban por medio de su investigación establecer qué factores denotaban un impacto directo con el estrés en 40 profesionales de enfermería peruanos (30 mujeres y 10 hombres) que rotan en el área de urgencias del Hospital José Soto Cadenillas a quienes se les aplicó el Cuestionario Nursing Stress Scale para obtener los datos de la investigación; los resultados determinaron que factores como la falta de personal (65%), poco tiempo para desempeñar las funciones asignadas al personal (60%), falta de elementos para dar apoyo emocional a los pacientes (57,5%), falta de médicos en el área de urgencias (50%), problemas interpersonales (47,5%) y los psicológicos (65%) tuvieron un impacto directo sobre el nivel de estrés en los participantes.

Flores y Ochoa (2018) por medio de su investigación buscaban establecer el nivel de estrés presentado por un grupo de 60 enfermeros ecuatorianos con un turno rotativo semanal de 12 a 8 horas por turno (10 hombres y 50 mujeres) y que laboran en la unidad hospitalaria del niño Dr. Francisco Icaza Bustamante; para la obtener los datos de la investigación esta se dividió en dos momentos, el primero donde datos como estado de salud físico, salud mental y factores ambientales fueron colectados, el segundo consistió en la aplicación del Cuestionario de Maslach para medir el nivel de estrés en los participantes; el análisis de los resultados estableció que los niveles de estrés en los participantes es bajo ya que hay factores como la edad (36 años o más), el estado civil (casados o en unión libre) y el número de trabajos que poseen (uno solo) y la antigüedad (media de 8 años) que presentaron un impacto directo positivo sobre el estado emocional de los participantes, por otro lado se demostró que los factores como el agotamiento

físico, la ansiedad, la responsabilidad excesiva, la sobrecarga laboral, la poca disponibilidad de personal y las relaciones interpersonales tuvieron relación directa y negativa con los niveles de estrés presentados por los participantes.

Atocha y Chiriboga (2017) por medio de su estudio buscaban establecer el porcentaje de depresión, ansiedad y estrés presente en un grupo de 564 profesionales de la salud ecuatorianos (364 mujeres y 200 hombres) de los hospitales General Enrique Garcés (HGEG) y General Pablo Arturo Suárez (HPAS). Para la recolección de datos se aplicó el DASS 21, un auto cuestionario para medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés; los resultados determinaron que las mujeres participantes de la investigación puntuaron con mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés caso contrario al de los hombres, así mismo, se demostró que 173 de los participantes presentaron depresión, 231 ansiedad y 194 estrés, en cuanto a la presencia de las variables por institución en los participantes el HGEG presentó mayor número de personal con depresión, 96 en total, por su parte los en el HPAS solo hubo un total de 77, en cuanto a la prevalencia del estrés los profesionales de ambas instituciones presentan un porcentaje similar de afectados.

Clemente (2016) por medio de su investigación de diseño descriptivo de tipo observacional, prospectivo y transversal, buscó establecer los niveles de estrés, ansiedad y depresión presentados por un grupo de 36 enfermeros peruanos, 32 mujeres y 4 hombres con un promedio de edad de 41 años, a quienes aplicó los siguientes instrumentos: el Cuestionario Sociodemográfico, el Inventario de Ansiedad de Beck, el Test de Depresión de Beck y el Cuestionario de Estrés de Karasek; el análisis de los resultados demostró que 30 de los participantes (83.3%) presentaron estrés en niveles moderados, 12 (33,3%) depresión leve y 24 (66%) ansiedad mínima.

A Nivel Nacional

Monterrosa et al. (2020) llevaron a cabo una investigación con el fin de determinar la presencia de estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en un grupo de 531 médicos colombianos (215 hombres y 316 mujeres) residentes en municipios, municipios capital y ciudades, a quienes les aplicaron la Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD7) y la Escala Fear of COVID-19 (FCV-19S); el análisis de los resultados demostró que un tercio de los participantes presentó niveles de estrés laboral medio, así mismo se demostró que un 6%

de los participantes puntuaron en estrés laboral alto o severo, de igual forma se evidenció que la ansiedad, presente en 72,9%, siendo está más recurrente en aquellos que laboran en las ciudades y el miedo contraer COVID-19 expresado por 73,1%, fueron factores predictivos de estrés laboral.

Bresó, Pedraza y Pérez (2019) llevaron a cabo una investigación en un grupo de 59 médicos (29 hombres y 30 mujeres) colombianos con una edad mínima de 38 años, dicha investigación tuvo como fin de identificar los niveles existentes de Síndrome de Burnout y ansiedad entre los participantes; para lograr los objetivos de la investigación aplicaron los siguientes instrumentos: el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), y por último una ficha de caracterización sociodemográfica; el análisis de los resultados mostró que los niveles de ansiedad en los participantes es alto ya que el 57.63%, es decir 34 participantes, presentan niveles medios de ansiedad y un 42,37, un total de 25 individuos, tuvieron una puntuación alta en la variable de ansiedad, por otro lado se demostró que por lo menos un 11,9%, 7 participantes, presentaron estrés y un 25,4% resultó con Burnout, pero un 62%, es decir 37 individuos, estuvieron en una situación normal.

Sarsosa y Charria (2018) por medio de su investigación buscaban identificar los niveles de estrés laboral presentados por un grupo de 595 de trabajadores colombianos de la salud en centros de atención hospitalaria de III nivel (cirugía, hospitalización, urgencias, cuidados intensivos), a quienes se les aplicó el Cuestionario para la Evaluación del Estrés tercera versión del Ministerio de la Protección Social; el análisis de los resultados estableció que los participantes presentan niveles elevados de estrés laboral, dando como resultado un impacto directo sobre la parte fisiológica, en el comportamiento social, la parte intelectual y laboral de los participantes, las dolencias fisiológicas más recurrentes son dolor muscular, de cuello y espalda, en cuanto al comportamiento social, las relaciones de familia se vieron afectadas y en lo intelectual y laboral se presentó una sobrecarga de trabajo y reportaron sentimientos de cansancio, tedio o desgano.

Londoño, Chica y Marín (2017) buscaban establecer la relación entre depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en un grupo de 285 enfermeras y auxiliares de enfermería colombianas quienes prestan sus servicios en las áreas de cirugía y urgencias; para la recolección de datos aplicaron la Escala de Depresión de Zung, la Escala CAGE para medir el riesgo de alcoholismo y el Test de Fagerstrom, en cuanto a la información del consumo de sustancias psicoactivas se usó un autorreporte; los resultados de la investigación

demonstraron que el 55.4% de las participantes padecen de estrés laboral afectando su estado emocional siendo un factor de riesgo para el consumo de sustancia psicoactivas que conlleva a enfermedades mentales como la depresión, la cual estaba presente en el 9,5% de las participantes, así mismo determinaron que el ser joven, presentar uso de antidepresivos y la sobrecarga laboral son factores de riesgo para el surgimiento de depresión, por otro lado se estableció que el consumo de alcohol se da en un mayor porcentaje en enfermeras (70,2%) que las auxiliares de enfermería (62,7%).

Metodología

Diseño

El presente estudio es cuantitativo, no experimental, transversal de alcance descriptivo, con relación a este tipo de diseño, Hernández, Fernández y Baptista (2014) mencionan que son la base de otros estudios como los correlacionales pues permiten medir variables específicas en una población determinada y así, describir fenómenos; además su valor está dado por la precisión de mostrar las dimensiones de un caso o situación en particular que, para efectos de esta investigación corresponde a los síntomas emocionales (estrés, ansiedad y depresión) en profesionales de la salud, específicamente médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia.

Participantes

Los participantes del estudio son médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud Villavicencio, en tiempos de pandemia, quienes fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, es decir que, se incluyen participantes que son accesibles a los investigadores y acepten ser parte del estudio, por tanto, se tiene en cuenta la disponibilidad como un criterio para participar (Otzen y Manterola, 2017).

Descripción de la muestra. La muestra estuvo conformada por 15 médicos, de los cuales 13 eran mujeres y 2 eran hombres; así como por 8 enfermeras y 2 auxiliares de enfermería (mujeres), cuyas edades oscilaban entre los 23 y los 52 años, con una media de 35 años.

Criterios de inclusión. Profesionales en medicina, enfermería y auxiliares de enfermería que laboren en una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, en tiempos de pandemia.

Criterios de exclusión. Se excluyen del estudio a mujeres que en el momento de la aplicación se encuentren en embarazo, así como a los profesionales que indiquen estar diagnosticados con depresión, ansiedad o estrés.

Instrumentos

Para el desarrollo de la presente investigación se aplicó el instrumento validado en Colombia DASS-21 que permitirá determinar en los participante sus niveles de ansiedad, estrés y depresión, como moderados, severos o extremadamente severos.

Escala de Ansiedad, Estrés y Depresión DASS-21. Es una escala tipo Likert de 21 ítems empleada para medir los síntomas emocionales que va desde 0 puntos hasta 3 puntos, de la siguiente manera: 3 "me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo", 2 "me ha ocurrido bastante o durante una buena parte del tiempo"; 1 "me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo y 0 "no me ha ocurrido". Los síntomas emocionales se organizan en tres subescalas, a saber: (a) Depresión, en la que se incluye afecto bajo, desesperanza y anhedonia, (b) Ansiedad, teniendo en cuenta la activación fisiológica y la experiencia subjetiva de la ansiedad y (c) Estrés, en el que se mide síntomas como tensión, irritabilidad, nerviosismo e impaciencia.

La validación en Colombia estuvo a cargo por Ruiz, García, Suárez & Odriozola (2017) quienes realizaron el proceso psicométrico con 2980 estudiantes universitarios colombianos y españoles reclutados de dos universidades y en línea; en cuanto al análisis psicométrico, particularmente del índice de confiabilidad, obtuvieron un alfa de Cronbach de 0,93 en la escala total; sin embargo, un análisis por escalas demostró un índice de confiabilidad un poco más bajo (depresión 0,92, ansiedad 0,87 y estrés 0,86).

Los autores sugieren que se puede obtener una puntuación por dimensión o por la escala general y la forma de interpretarla es mediante puntuación directa, por tanto, a mayor puntuación mayor es el índice de síntomas emocionales. La subescala de depresión está compuesta por los ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21, los ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20 corresponden a la subescala de ansiedad y finalmente los ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18 miden estrés (Ruiz, et al. 2017).

Los puntos de corte que normalmente se emplean por dimensión son los siguientes:

Depresión: 5-6 depresión leve, 7-10 depresión moderada, 11-13 depresión severa y 14 o más depresión extremadamente severa.

Ansiedad: 4 ansiedad leve, 5-7 ansiedad moderada, 8-9 ansiedad severa y 10 o más ansiedad extremadamente severa.

Estrés: 8-9 estrés leve, 10-12 estrés moderado, 13-16 estrés severo y 17 o más estrés extremadamente severo.

Procedimiento

La presente investigación se desarrolló mediante cinco fases, a continuación, se describe cada una de ellas:

Fase 1. Inicialmente se realizó una revisión de la literatura para delimitar el tema de estudio, así como su pertinencia en la región, lo que permitió, después, elaborar el planteamiento del problema, justificación, objetivos y el marco de referencia (marco paradigmático y epistemológico, disciplinar, multidisciplinar, legal, institucional y antecedentes investigativos) manteniendo una coherencia paradigmática, epistemológica, ontológica y metodológica con los objetivos del estudio.

Fase 2. En el diseño metodológico del estudio se realizó la selección de la muestra y se procedió a solicitar la autorización en la dirección de docencia-servicio para que desde allí se fuera posible la entrega a la gerencia de la E.S.E, para ello se redactó una carta, previamente autorizada por el asesor y la decana de la facultad en la que se mencionaba el propósito, alcance y riesgos de la participación en el estudio.

Fase 3. La aplicación se realizó de manera virtual en donde cada uno de los participantes debía diligenciar el consentimiento informado y responder el instrumento. Para ello, se envió el link de participación a 185 médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería para que diligenciaran el consentimiento informado y el instrumento; cabe señalar que el formulario estuvo habilitado durante cuatro días para que los participantes tuvieran tiempo suficiente para responder. Aunque se envió el link del formulario a 185 profesionales de la salud, se contó con la participación de 33 personas, sin embargo, fueron excluidas ocho pues se encontraban diagnosticados con depresión, ansiedad o estrés, así que la muestra final fueron 25 participantes.

Fase 4. El análisis de la información se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS versión 25 en la que se realizaron análisis descriptivos, particularmente las medidas de tendencia central y dispersión, así como una prueba de normalidad de los datos para establecer el estadístico a usar (prueba t, si los datos son paramétricos y siguen una distribución normal o U

de Mann Whitney, si los datos son no paramétricos) y dar cuenta de las diferencias por grupos, esto con el fin de dar respuesta a los objetivos específicos.

Fase 5. Finalmente, se elaboró un informe en el que se detalla el objetivo y principales hallazgos del estudio, el cual será entregado a los participantes de la investigación y será socializado mediante un Webinar, pues se les enviará un link de acceso al encuentro en donde se socializarán los hallazgos y se resolverán dudas; además, dichos resultados se consolidan en una cartilla en el que se incluyen algunas estrategias enfocadas a prevenir, disminuir, mitigar y/o reducir la sintomatología emocional.

Consideraciones Éticas

Dentro del campo de la investigación hay una serie de normas y lineamientos éticos que se deben cumplir a lo largo del estudio con el fin de salvaguardar a los participantes en diferentes aspectos, garantizando así el buen nombre, el derecho a la privacidad y la seguridad de todos aquellos involucrados; así que partiendo de esta premisa la Asociación Americana de Psicología (2003) expone los lineamientos y principios éticos bajo los cuales una investigación se debe llevar a cabo, aunque el cumplimiento de estos al ser de carácter moral no es obligatorio, por lo tanto ha establecido que en todo momento es responsabilidad del investigador procurar precisión en los datos, honestidad, veracidad, respetar los derechos y la dignidad de quienes participen de una u otra forma en la investigación, procurar el derecho a la privacidad y sobre todo al libre albedrío, pues la participación en esta no ha de ser obligatoria sino voluntaria; en cuanto a la investigación presente cabe resaltar que los principios que se aplican son los B, C y E, pues esta se lleva a cabo respetando la fidelidad de los datos y se usan con responsabilidad, se respeta la integridad de los participantes y se mantiene un alto estándar de respeto hacia ellos dando prevalencia a preservar la dignidad de los mismos.

En concordancia con lo planteado, la presente investigación se fundamenta en los lineamientos éticos consignados en el Código Deontológico y Bioético del Psicólogo, el cual se sustenta en la Ley 1090 de 2006, pues en dicha ley se promulgan las consideraciones éticas respecto al ejercicio del profesional en psicología en Colombia; por lo tanto de este se pueden tomar en consideración el Artículo 49 del Título VII, contenido en el Capítulo VII, en el cual se establece que es responsabilidad del investigador lo relacionado a los materiales usados durante la investigación, del tema de la misma, de la metodología a aplicar, así como del análisis de los resultados, de las conclusiones obtenidas y de la publicación de los hallazgos y de plantear el protocolo a seguir para dar un uso adecuado a estos (los resultados); de igual forma, se toma en cuenta el Artículo 50 pues en este se expone que el profesional de psicología al realizar una investigación la debe basar en principios éticos que estén encaminados a garantizar el respeto, la dignidad y el bienestar así como los derechos de quienes de forma voluntaria deciden participar en el curso de esta; de ahí que esta investigación cumple con lo acá planteado (El Congreso de Colombia, 2006).

Adicionalmente se aclara que la presente investigación se realiza con objetivos netamente académicos y que su participación al ser voluntaria implica que los participantes se pueden retirar en el momento que lo desee, resaltando que no se obtendrá ningún tipo de beneficio económico por la participación de esta investigación (Ley 1090 de 2006).

Finalmente, toda investigación debe basarse en principios éticos que promuevan el respeto, la seguridad, la integridad y la autonomía de quienes participen en ella, para así dar cumplimiento a lo establecido por la ley y los códigos creados para tal fin, y esto se debe tener en consideración ya que la investigación como proceso de carácter reflexivo abarca múltiples aspectos que incluyen los marcos epistémicos relacionados al objeto de estudio y, así mismo, las valoraciones y principios que guían al investigador; por lo tanto para efectos de esta investigación se tiene en cuenta lo estipulado por la Resolución 8430 de 1993, pues según lo expuesto en el Artículo 11, numeral A, toda investigación se clasifica como de bajo riesgo cuando esta no lleva a cabo intervenciones o modificaciones a nivel biológico, social, físico o psicológico en los participantes, de ahí que esta investigación da cumplimiento a lo expuesto en dicha ley; de igual forma se cumple con lo estipulado en el Artículo 8, pues este plantea que es prioridad del investigador proteger la privacidad de los participantes así como de salvaguardar los datos obtenidos bajo total reserva, salvo en aquellos casos donde se requiera el uso de estos con previa autorización del implicado, además establece que la información dada por los participantes no se le dará un uso diferente al consignado en el consentimiento informado; ahora bien en lo referente a la naturaleza de los procedimientos, los posibles riesgos, los beneficios y la libre participación, la investigación en curso cumple con el Artículo 14, en el cual se define la naturaleza y los alcances del consentimiento informado y establece que es de carácter obligatorio informar a quienes participen voluntariamente en la investigación sobre los alcances y riesgos de esta (Ministerio de Salud, 1993).

Resultados

En el presente apartado se exponen el análisis de los resultados de los datos obtenidos dando cumplimiento así a los objetivos propuestos inicialmente. En este sentido, cabe señalar que se realizó un análisis descriptivo y diferencias de grupos utilizando el programa estadístico SPSS 25. Inicialmente, se realizó una descripción de los datos sociodemográficos que se abordaron en el instrumento y luego se indica los niveles de estrés, ansiedad y depresión en los participantes y las diferencias por sexo y profesión.

Análisis Descriptivo Sociodemográfico

En cuanto a la descripción de la muestra, se puede mencionar que se contó con la participación de 25 profesionales de la salud de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio, de los cuales el 92% eran mujeres y el 8% eran hombres quienes se encontraban en el rango de los 23 y 52 años con una media de 35 años y una desviación estándar de 8,491. En cuanto a la profesión, en términos generales se podría indicar que la mayoría de los participantes eran médicos (60%), se desempeñaban como asistenciales (96%), tenían contrato a término indefinido (32%), laboraban en el Centro de Salud del Recreo (24%) y afirmaron trabajar en una sola EPS (60%). Ahora, con relación al tiempo que llevan laborando en el sector de la salud, es posible mencionar que en promedio llevan 9 años, aunque el rango oscila entre menos de 1 año hasta 21 años. En la siguiente tabla se profundiza en la información obtenida:

Tabla 1. *Datos Sociodemográficos*

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	23	92%
	Hombre	2	8%
Edad	23 a 28 años	8	32%

Tabla 1. *Continuación*

	31 a 39 años	8	32%
	40 a 48 años	8	32%
	52 a 59 años	1	4%
Profesión	Auxiliar de enfermería	2	8%
	Enfermero	8	32%
	Médico	15	60%
Cargo desempeñado	Asistencial	24	96%
	Salud pública	1	4%
Tipo de contrato	A término fijo	5	20%
	A término indefinido	8	32%
	Por prestación de servicios	7	28%
	Por obra o labor	5	20%
En donde labora	Centro de Salud Recreo	6	24%
	Centro de Salud Esperanza	3	12%
	Centro de Salud Morichal	5	20%
	Centro de Salud Porvenir	4	16%
	Centro de Salud Barzal	4	16%
	Centro de Salud Popular	3	12%
En cuantas EPS labora	1	15	60%
	2	10	40%
Tiempo laborando	Menos de 1 año hasta 5 años	9	36%
	Entre 6 y 10 años	6	24%
	Entre 11 y 15 años	2	8%
	Entre 16 y 20 años	7	28%
	Más de 20 años	1	4%

Análisis Descriptivo por Variables

En cumplimiento con los objetivos específicos que se enfocan en medir los niveles de estrés, ansiedad y depresión en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una EPS de Villavicencio en tiempos de pandemia, mediante la aplicación del instrumento DASS-21, con los datos obtenidos se realizó un análisis de frecuencia y de este modo establecer la cantidad de 55

personas que registraban niveles leves, moderados, severos y extremadamente severos de las variables mencionadas, teniendo en cuenta que estos niveles se obtienen a través de puntuación directa y los puntos de corte establecidos por los autores se encuentran descritos en la metodología.

En este orden de ideas y según el instrumento aplicado, el estrés se entiende desde la presencia de síntomas como tensión, irritabilidad, nerviosismo e impaciencia (Ruiz et al. 2017) por lo que puntuaciones altas implican que los participantes suelen tensionarse y estar nerviosos ante las demandas del contexto. Particularmente se encontró que el 60% de los participantes no alcanzaron la puntuación mínima (8 puntos) para incluirse en la categoría de estrés leve; el 12% indicó niveles de estrés leves; el 16% manifestó niveles de estrés moderados y finalmente el 12% señaló haber desarrollado niveles severos de estrés.

En cuanto a la ansiedad, esta hace referencia a la activación fisiológica y la experiencia subjetiva, es decir, sentimientos de preocupación o inseguridad frente a la ansiedad y que tiene lugar en una situación determinada (Ruiz et al. 2017), por ende, puntuaciones altas indican que cambios fisiológicos, tales como aumento de frecuencia cardiaca o respiratoria, sudoración, entre otros, producto de la evaluación de la situación que hace la persona. Teniendo en cuenta esto, se encontró, al igual que en la variable estrés, que el 60% de los participantes no presentan síntomas de ansiedad, pues no alcanzaban los cuatro puntos que indican un nivel leve; el 12% presentaron niveles leves y el mismo porcentaje niveles moderados de ansiedad; finalmente, el 8% evidenció haber desarrollado niveles severos de ansiedad y de la misma forma un 8% manifiesta niveles extremadamente severos en esta dimensión.

Ahora bien, según los autores que realizaron de la validación del instrumento (Ruiz et al. 2017), la depresión se entiende como niveles bajos de afecto, disforia, desesperanza, tristeza y anhedonia; particularmente, en los participantes del presente estudio se encontró que 72% no había desarrollado síntomas de depresión durante la semana pasada, el 12% indicó síntomas de depresión moderada, el 4% presentaba depresión severa y por último el 8% señaló niveles extremadamente severos en esta dimensión.

En este sentido, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el nivel de profesión, pues en las tres variables (estrés = p . ,579; ansiedad = p . ,497; depresión = p . ,794) el valor p (o significancia) era mayor al alfa (0.050) por lo que se acepta la hipótesis nula que indicaba que el nivel de estrés, ansiedad y depresión en profesionales es el mismo. A

continuación, se menciona la frecuencia de los participantes por profesión según el nivel de sintomatología emocional reportado:

Tabla 2. Niveles de estrés por profesión

	No reportaron síntomas	Estrés leve	Estrés moderado	Estrés severo	Estrés extremadamente severo
Médicos	40%	4%	4%	12%	0%
Enfermeros	12%	8%	12%	0%	0%
Aux. enfermería	8%	0%	0%	0%	0%

En la tabla anterior, se evidencia que el 20% de los médicos y enfermeros presentan algún nivel de estrés; sin embargo, son los médicos quienes puntuaron más alto en estrés severo. Así mismo, es preciso señalar que los auxiliares de enfermería no reportaron síntomas asociados al estrés.

Tabla 3. Niveles de ansiedad por profesión

	No reportaron síntomas	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Ansiedad extremadamente severa
Médicos	44%	4%	4%	0%	8%
Enfermeros	12%	8%	4%	8%	0%
Aux. enfermería	4%	0%	4%	0%	0%

En cuanto a la ansiedad, es posible indicar que, según lo expresado por los profesionales de la salud, los médicos registran un nivel extremadamente severo de ansiedad, seguido se encuentran los enfermeros quienes señalaron niveles severos (8%), adicional a ello, el mismo porcentaje (4%) de médicos, enfermeros y auxiliares presentan niveles moderados de ansiedad. Por último, médicos (4%) y enfermeros (8%) indicaron presentar niveles leves de ansiedad.

Tabla 4. Niveles de depresión por profesión

	No reportaron síntomas	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión extremadamente severa
Médicos	44%	4%	4%	0%	8%
Enfermeros	24%	0%	4%	4%	0%
Aux. enfermería	4%	0%	4%	0%	0%

Al igual que en ansiedad, los médicos son quienes puntúan niveles de depresión extremadamente severa, solo los enfermeros indicaron tener depresión severa; ahora, médicos, enfermeros y auxiliares (4%) presentaron depresión moderada. Finalmente, solo los médicos indicaron tener depresión leve.

Ahora bien, para dar cuenta de diferencias estadísticamente significativas relacionadas al sexo en los niveles de estrés, ansiedad y depresión en profesionales de la salud, se optó por pruebas no paramétricas para muestras independientes empleando la U de Mann-Whitney encontradas en el análisis de los datos obtenidos por sexo, esto en consideración a que los datos no siguen el parámetro de la normalidad, en este sentido, se rechaza la hipótesis nula si el valor de p es menor al alfa (0,050), es decir, que el valor es el mismo para ambos sexos; sin embargo y al igual que el tipo de profesión, se encontró que el valor p de las tres variables superaba el alfa (estrés = p . ,880; ansiedad = p . ,667; depresión = p . ,427), por tanto no es posible rechazar la hipótesis nula. A continuación, se menciona la frecuencia de los participantes por sexo según el nivel de sintomatología emocional reportado:

Tabla 5. Niveles de estrés por sexo

	No reportaron síntomas	Estrés leve	Estrés moderado	Estrés severo	Estrés extremadamente severo
Mujeres	56%	8%	16%	12%	0%
Hombres	4%	4%	0%	0%	0%

En cuanto a los niveles de estrés por sexo, es posible señalar que son las mujeres quienes puntúan más alto (36%) que los hombres (4%) en todos los niveles; sin embargo, no hay presencia de niveles extremadamente severos en la población.

Tabla 6. Niveles de ansiedad por sexo

	No reportaron síntomas	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Ansiedad extremadamente severa
Mujeres	56%	8%	12%	8%	8%
Hombres	4%	4%	0%	0%	0%

Al igual que lo encontrado en estrés, los niveles de ansiedad son más alto en las mujeres y el 8% indicó niveles extremadamente severos en esta escala; el 20% de las mujeres presentó niveles moderados y severos de ansiedad y el 8% de las mujeres presentaba síntomas de ansiedad leve frente al 4% de los hombres en este nivel.

Tabla 7. Niveles de depresión por sexo

	No reportaron síntomas	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión severa	Depresión extremadamente severa
Mujeres	64%	4%	12%	4%	8%
Hombres	8%	0%	0%	0%	0%

También, se reconoce que las mujeres son quienes reportan algún nivel de depresión (28%), a diferencia de los hombres quienes no se registraron dichos síntomas.

Finalmente, se resalta en cuanto al objetivo general con el que se buscaba identificar el nivel de estrés, ansiedad y depresión en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de Villavicencio en tiempos de pandemia, es posible mencionar que la mayoría de participantes presentan niveles leves de estrés de 12% o no reportan síntomas (60%), lo mismo sucede en los niveles de ansiedad, 12% indicaron niveles leves y el 60% no indicaron síntomas, sin embargo ;en depresión, se registró un porcentaje mayor de profesionales que no reportaron síntomas (72%) y solo un 12% indicó niveles severos o extremadamente altos de depresión.

Discusión de Resultados

El objetivo del presente estudio fue identificar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería de una Entidad Prestadora de Salud de la ciudad de Villavicencio en tiempo de pandemia, así mismo a partir de los datos obtenidos también fue posible realizar un análisis en torno a las diferencias por profesión y sexo de los participantes. En este sentido, fue posible dar cumplimiento al mencionado objetivo, pues el análisis de los resultados demostró que los profesionales de la salud no reportaron niveles elevados en las tres dimensiones (estrés, ansiedad y depresión) ya que la mayoría de los participantes indicó no haber presentado síntomas durante la última semana; sin embargo, dada la situación actual decretada por el Covid-19, se ha encontrado, en estudios previos, un aumento en la sintomatología emocional de los profesionales de la salud que trabajan en primera línea de batalla (García et al. 2020), aunque sin diferencias por grupos (Monterrosa, et al., 2020) y que conlleva a otras consecuencias tales como insomnio, negación, ira, temor o miedo al contagio propio o el de sus familias (Lozano, 2020).

Lo anterior podría ser un indicio de las consecuencias que puede traer para profesionales de la salud estar expuestos a situaciones de alta demanda y riesgo como el contagio del COVID-19; no obstante, para determinar esta relación de causalidad se requiere de investigaciones con otros alcances metodológicos, por ejemplo los estudios explicativos que, según Hernández, et al. (2014) implican una mayor estructura y buscan determinar las causas del fenómeno que se está estudiando; es por ello que, aunque en este estudio reconoce a partir de antecedentes investigativos (Hernández,2020; García et al. 2020;) que dinámicas contextuales tensionantes propias del tiempo como la pandemia COVID-19 favorecen el aumento de sintomatología emocionalmente negativa en la población objeto de estudio (relación positiva entre las variables) no es posible afirmar que hay una relación de tipo causal entre síntomas emocionales y la exposición al COVID-19.

En este sentido, es preciso mencionar que las condiciones laborales pueden predisponer a una persona a desarrollar ciertas patologías, tales como estrés, ansiedad o depresión, pues se ha encontrado que las largas jornadas, los turnos rotativos y el trabajo los fines de semana afectan el tiempo de descanso de médicos y enfermeros; además el trabajo por turnos, al que suelen estar expuestos, puede conllevar a un detrimento de la calidad de vida de los profesionales, ya que aparecen problemas a nivel gastrointestinal, además de irritabilidad, insomnio, dificultades

familiares, sociales y personales (Cuadrado, 2016). Sumado a esto, autores como Feo (2008) sostienen que el trabajo por turnos produce trastornos a nivel musculoesquelético, abortos y distintos problemas relacionados al sueño; Serra (2013) menciona, además, que las consecuencias relacionadas a los turnos rotativos y nocturnos se relacionan con la aparición de enfermedades coronarias, cerebrovascular, depresión, síndrome metabólico, mayor riesgo de cáncer, obesidad, problemas reproductivos y en el embarazo, accidentabilidad y trastornos inmunológicos, entre otros.

Particularmente, en relación con los niveles de ansiedad el presente estudio encontró que las enfermeras presentaban, ligeramente, niveles más altos que los auxiliares y los médicos, esto se ha encontrado previamente en algunos estudios, ejemplo el realizado por Mesa (2019) quien afirma que la experiencia laboral y la edad influyen en el desarrollo de la sintomatología ansiosa que pueden presentar estos profesionales de la salud; sumado a esto, García (2017) complementa lo anterior y postula que trabajar en el área de atención hospitalaria aumenta la posibilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad, lo cual puede estar explicado, según Flores, Troyo, Valle y Vega (2010) por las acciones propias de su labor, pues las enfermeras están constantemente más expuestas a situaciones críticas relacionadas con su labor, que les genera presión, conflictos y cambios que generalmente no pueden controlar, conllevando a sentimientos de angustia y emociones dolorosas que dan como resultado un fracaso individual. Es por ello que, Fernández, Estrada y Arizmendi (2019) complementan lo expuesto y sostienen que aspectos como la muerte de un paciente, sobrecarga laboral, conocimiento insuficiente, problemas con un superior inmediato o colegas, edad y tipo de turno y estudio son factores que aumentan la posibilidad de presentar algún tipo de trastorno de la ansiedad.

En este sentido, se considera pertinente afirmar que el hecho que se haya presentado algún nivel de ansiedad implica que los profesionales de la salud, ante situaciones que perciben como amenazantes, suelen presentar cambios fisiológicos tales como aumento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la respiración y la tensión muscular que en últimas conlleva a episodios de miedo, bloqueos al actuar en la vida cotidiana, temblores, taquicardia, sudoración excesiva e incremento de la tensión muscular (Organización Mundial de la Salud, 2017), así como una disminución en la efectividad de la conducta humana, incluso puede convertirse en un motivo desorganizado del comportamiento, ya que la persona se percibe como incapaz de solucionar situaciones adversas limitando, las posibilidades de actuar, pensar e interactuar en un contexto

social (González, 1993); por lo que es necesario de herramientas y mecanismos que favorezcan la adaptación y los procesos de eficacia en la población (Reyes, 2010; Hernández, Orellana, Kimelman, Núñez e Ibañez, 2005).

En este orden de ideas, es posible relacionar los hallazgos del presente estudio con la teoría tridimensional de la ansiedad, en la que se describe que la respuesta emocional que presentan las personas, en este caso los profesionales de la salud, se puede entender desde tres componentes o dimensiones, el primero de ellos el cognitivo en el que la persona experimenta, entre otros síntomas, sentimientos de malestar, hipervigilancia, tensión, inseguridad, alteraciones en la toma de decisiones, pensamientos negativos y distorsionados sobre sí mismo y de las relaciones interpersonales, dificultad para pensar y estudiar; el segundo componente tiene que ver con las respuestas fisiológicas en donde se presenta aumento en la frecuencia cardiaca y respiratoria, sudoración, tensión y temblores musculares, sequedad de la boca, sensaciones gástricas, entre otros y finalmente a nivel motor la persona presenta hiperactividad, movimientos repetitivos, tartamudez, evitación en situaciones de orden interpersonal, consumo de sustancias o alimentos, llanto, entre otros (Álvarez, Aguilar y Lorenzo, 2012); es decir que algunos síntomas mencionados pueden presentarse en médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería dificultando los compromisos y responsabilidades laborales y personales.

En cuanto a los niveles de estrés encontrados en la población es posible señalar que el 40% de los participantes puntuaron en algún nivel (leve, moderado o severo); sin embargo, cuando el estrés laboral es severo podría presentarse en los trabajadores el síndrome de burnout afectando la salud física, mental, la calidad de vida y a la eficacia profesional en el área de la salud (Mingote, Moreno y Gálvez, 2004). Además, autores como García y Gil (2016) sostienen que los niveles de estrés varían según el género, la ocupación y el cargo desempeñado y afirman también algunas profesiones son inherentes al estrés laboral, una de ellas enfermería, pues particularmente en estos profesionales de la salud se ha encontrado una relación negativa entre calidad de vida y fatiga; no obstante, el análisis estadístico realizado a los datos obtenidos no indica diferencias significativas en cuanto a la profesión y además se resalta que el mismo porcentaje de profesionales (20%) presentan algún nivel de estrés.

Lo anterior significa que la presencia de estrés en los participantes surge principalmente como una respuesta fisiológica o alerta biológica necesaria para afrontar las demandas de la vida cotidiana que en este caso se puede relacionar a las laborales; esta respuesta estimula a la persona

para generar cambios y lograr objetivos que, una vez cumplidos la persona vuelve a un estado de tranquilidad (OMS, 2004), aunque según la documentación sobre el Síndrome de Adaptación General tanto médicos como enfermeros pueden experimentar, en un primer momento, una reacción de alarma o de huida, para luego resistir, es decir que, los profesionales de la salud hacen uso de sus recursos personales para afrontar la situación y finalmente, cuando no se logra manejar adecuadamente la situaciones aparecen enfermedades y daños en diferentes áreas del cuerpo (Sarubbi y Castaldo, 2013); además, suelen presentar confusión, tristeza, ansiedad, enojo, desesperación, hiperactividad, inactividad, aislamiento social o estupor que, cuando la persona logra controlar la situación vuelve a su estado de normalidad (CIE-11, 2019).

Sin embargo, cuando se percibe que la demanda, situación o evento es mayor a los propios recursos puede conllevar a desarrollar hipertensión, tabaquismo, obesidad, alcoholismo, abuso de drogas, problemas gastrointestinales, artritis, alteraciones del sistema inmunitario, trastornos de la piel y afecciones neurológicas como resultado de esta situación de prolongada exposición a eventos estresores (Mejía, et al., 2019).

Así mismo, en cuanto a la depresión, en el presente estudio la mayoría de los participantes (72%) no reportaron niveles de depresión; sin embargo, el 28% presentaba algún nivel de depresión, lo cual, según Velásquez, Colin y González (2013) puede generar discapacidad, pues afecta la salud mental y física de las personas disminuyendo el desempeño social, familiar y laboral; además se ha encontrado que la depresión conlleva a estados de tristeza, desanimo, desespero, irritabilidad y pérdida de interés por aquellas actividades que resultaban placenteras (OMS, 2017; Boto, Acuña y Jiménez, 2014), particularmente en profesionales de la salud que respondieron el mismo instrumento utilizado en el presente estudio (DASS-21) se encontró que fue la variable de menor frecuencia de las tres (ansiedad, depresión y estrés) (Atocha y Chiriboga, 2017) tal y como se encontró, por lo que se podría indicar una prevalencia más alta en variables como estrés y ansiedad en médicos y enfermeros.

Estos hallazgos se pueden entender desde la teoría de la desesperanza, pues desde allí se afirma que la interacción entre los estilos cognitivos negativos y los eventos negativos de la vida genera una sensación de desesperanza que, por sí misma puede provocar depresión, esto en el entendido de que una persona puede responder a un evento negativo de tres maneras o inferencias, a saber: causas estables y globales para el evento, consecuencias negativas del evento y características propias negativas; es decir que la percepción de eventos negativos pueden

predisponer al desarrollo de desesperanza y depresión (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner, y Sandín, 1997).

A partir del análisis de resultados se aclara que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas vinculadas a características sociodemográficas como el sexo y la profesión entre las puntuaciones obtenidas por médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería en las variables de estrés, ansiedad y depresión; sin embargo, estudios previos (Ansoleaga, Toro, Godoy, Stecher y Blanch, 2011) si resaltan y profundizan en la existencia de diferencias, indicando que las enfermeras presentan niveles más altos en incomodidad, angustia emocional, fatiga física, trastornos digestivos, dolor de cabeza, insomnio, dolor de espalda y tensión muscular; conllevando a que los profesionales en enfermería estén más propensos a reportar altos puntajes en las escalas de desgaste emocional, trato despersonalizado con colegas y usuarios y baja realización personal, criterios incluidos en el síndrome de burnout.

De la misma forma, no fue posible demostrar que existían diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por hombres y mujeres; no obstante, diversos autores, señalan que las mujeres tienden a puntuar más alto en depresión (Gómez, Ballester, Gil y Abibanza, 2015) y ansiedad (Yahaya, Abdull, Bahribin, Mohd & Abdul, 2018), además de tener el doble de posibilidad de presentar estrés comparadas con los hombres (Wilson, et al., 2020), por lo que, resultaría pertinente que se pudieran adelantar nuevos estudios con una muestra más amplia y determinar si realmente existen diferencias por sexo, así como establecer variables asociadas.

Finalmente, y teniendo en cuenta lo expuesto, se considera que desde las entidades de salud mental se deben implementar estrategias que disminuyan las alteraciones psicológicas asociadas y permitan una mejor calidad de vida del personal de la salud quienes laboran en dichas instituciones, pues cuando los profesionales de la salud están expuestos a situaciones tensionantes y estresoras como largas jornadas laborales y la exposición constante a enfermedades con alto riesgo de contagio como el COVID-19, hecho que se ha demostrado aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos como, estrés postraumático (Ramírez, Castro, Lerma, Yela y Escobar, 2020).

Conclusiones

De acuerdo con los análisis es posible concluir que, en términos generales no se presenta sintomatología emocional, esto teniendo en cuenta que la mayoría de los participantes no reportaron síntomas de estrés (60%), ansiedad (60%) o depresión (72%), incluso en niveles leves el porcentaje fue bajo para las tres dimensiones (estrés, ansiedad y depresión). Además, de los tres componentes, el que tuvo menor frecuencia en los niveles leves, moderados, severos y extremadamente severos fue depresión, pues el 72% de los participantes refirieron no presentar síntomas.

De manera consecuente, se llega a la conclusión que los médicos presentan una mayor sintomatología en las tres dimensiones comparado con los enfermeros y los auxiliares; esto podría estar explicado por la diferencia en el número de participantes, pues la muestra no fue homogénea en cuanto a los grupos; sin embargo, no existe diferencias estadísticamente significativas por el nivel de profesión, es decir que según el análisis para muestras independientes arrojó que tanto médicos, como enfermeros y auxiliares de enfermería puntúan igual con relación a las tres variables mencionadas; esto mismo sucede con el sexo, no fue posible demostrar que hombres y mujeres puntuaban distinto.

Según el análisis de la información se concluye que los auxiliares de enfermería es el grupo que puntúa menos en las tres dimensiones del instrumento, de hecho, ningún participante de este grupo presentó algún nivel de estrés, y solo el 4% indicó haber presentado durante la última semana niveles de ansiedad y de depresión moderada.

Finalmente, se considera pertinente realizar intervenciones o actividades encaminadas a disminuir la sintomatología emocional, particularmente en médicos, pues este grupo puntuó relativamente más alto que los enfermeros y auxiliares en los niveles de extremadamente severo de ansiedad y depresión y severo en estrés.

Aportes, Limitaciones y Sugerencias

Aportes

El primer aporte que se puede resaltar es un acercamiento para determinar los niveles de estrés, ansiedad y depresión en profesionales de la salud de Villavicencio en tiempos de pandemia, dado que se ha encontrado un aumento de sintomatología emocional en profesionales de la salud teniendo en cuenta las altas demandas del contexto en tiempos de pandemia, hecho que evidencia un aporte a la psicología como disciplina al ampliar el conocimiento sobre fenómenos correspondientes a la salud mental como lo es la aparición de niveles de estrés, ansiedad y depresión en una población vulnerable a situaciones estresantes, que de forma adicional se enmarca en un momento y contexto particular que visibiliza la importancia de continuar contribuyendo a los estudios en esta área de la salud mental.

El aporte a la población se relaciona con la elaboración de una cartilla que será entregada a la Entidad Prestadora de Salud y a cada uno de los participantes; en ella se incluye una descripción de la investigación realizada, un marco teórico que sustenta la comprensión de las variables de interés (estrés, ansiedad y depresión), los principales hallazgos y se proporciona, además, estrategias de regulación emocional que pueden ser de utilidad cuando los profesionales de la salud perciban que las demandas contextuales son mayores a sus propios recursos.

Otro de los aportes del presente estudio, se puede relacionar con la inclusión de los auxiliares de enfermería, ya que prevalecía, en estudios previos, médicos y enfermeros; sin embargo, se reconoce que su labor es fundamental en el cuidado básico de los pacientes, pues trabajan mancomunadamente con profesionales en enfermería; por lo que, al igual que ellos, están expuestos a constantes demandas laborales y podría aumentar los niveles de sintomatología emocional.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones presentadas durante la investigación se relaciona con la fase de aplicación, pues al realizarse de manera virtual no fue posible contar con una mayor participación de los profesionales de la salud, dado que, probablemente, el diligenciamiento del

instrumento se presentaba de manera simultánea a los compromisos laborales o personales. De lo anterior, se puede indicar que otra limitación en este tipo de estudios tiene que ver con el tiempo y/o motivación de los participantes para el diligenciamiento de los instrumentos de aplicación; pues no identifican los beneficios de su participación.

De otra forma, se reconoce como limitación metodológica el tipo de muestreo, pues al ser no probabilístico, sino por conveniencia no es posible generalizar los resultados a la población, lo que implica que el estudio carece de validez externa (Monge, et al., 2015); ya que los participantes que aceptaron participar no representan en su totalidad las características del marco poblacional. Además, de la validez externa mencionada, es posible señalar que el tamaño reducido de la muestra representa un problema de validez interna del estudio (Monge, et al., 2015).

Por último, se señala como limitación la imposibilidad de contar con una población homogénea en términos del tipo de profesión, razón por la cual, se considera que posiblemente no se encontraron diferencias vinculadas a esta variable, pues había desigualdad de participantes por los grupos y aunque ocurre lo mismo en cuanto a la variable sexo, no se considera una limitación ya que permite dar cuenta que los profesionales de la salud suelen ser mujeres.

Sugerencias

Para futuros estudios, se sugiere emplear otro tipo de muestreo que permitan realizar inferencias en cuanto a los resultados obtenidos, ejemplo el muestreo estratificado, en el que cada estrato represente los grupos de interés (profesión) y de este modo evidenciar los cambios o características de una población (profesionales de la salud) a través de subgrupos poblacionales.

De igual manera, se sugiere realizar estudios en los que se incluya una muestra más amplia y que establezca como criterio de inclusión el no ser consumidor de sustancias psicoactivas, pues se reconoce una comorbilidad entre las adicciones y el aumento de los niveles de estrés, ansiedad y depresión. Lo anterior, permitirá describir mejor la sintomatología emocional en profesionales de la salud, sin que los datos sean alterados o presenten sesgos debido a condiciones propias de los participantes, el tamaño de la muestra o el tipo de muestro seleccionado y de esta forma se hará posible generalizar los resultados de futuras investigaciones en torno al fenómeno de estudio.

Además, se considera pertinente realizar estudios de alcance correlacional en el que se incluya variables que identifiquen y relacionen factores protectores y de riesgo como características propias del contexto o el individuo, la resiliencia, el apoyo social, autoestima o la carga laboral, entre otros, sobre los cuales se puedan fundamentar futuras intervenciones. De igual manera, a partir de los estudios correlaciones sugeridos, se considera pertinente profundizar en ellos dando la posibilidad de nuevas investigaciones de alcance correlacionalcausal en torno al fenómeno de estudio: la salud mental de profesionales del campo de la salud, permitiendo establecer intervenciones de mayor afectividad que atiendan a las causas.

Finalmente, se señala como sugerencia realizar ejercicios de investigación que den como resultado la materialización de instrumentos o herramientas interventivas en términos de regulación emocional que atiendan a las necesidades propias de los profesionales de la salud vinculadas a los niveles de estrés, ansiedad y depresión.

Referencias

- Abramson, L., Alloy, B., Metalsky, I., Joiner, E., y Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: Aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (3): 211-222. DOI: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C., y Vázquez, C. (2006). Depresión. Médicos especialistas en Psiquiatría. Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario “Juan Canalejo”. Sergas-España. *Guías clínicas*, 6(11). Recuperado de <http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>
- Álvarez, J., Aguilar, J., y Lorenzo, J. (2012). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios: Relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/280736633_La_Ansiedad_ante_los_Examenes_en_Estudiantes_Universitarios_Relaciones_con_variables_personales_y_academicas
- Amin, F., Sharif, S., Saeed, R., Durrani, N., y Jilani, D. (2020). COVID-19 Pandemic- Knowledge, Perception, Anxiety and Depression among Frontline Doctors of Pakistan. Research Square, 1. DOI: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-27559/v1>
- Ansoleaga, E., Toro, J., Godoy, L., Stecher, A., y Blanch, J. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista Médica de Chile*, 139: 1185-1191. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v139n9/art11.pdf>
- Anzoátegui, M. (2018). *El dualismo Mente-cuerpo y la Conceptualización Humano-animal en el Pensamiento Cartesiano*. Libro de Cátedra Introducción a la Filosofía PUEF. Universidad Nacional de la Plata, La Plata Argentina. Recuperado de <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.536/pm.536.pdf>
- Asociación Americana de Psicología. (2003). Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta. Sistema Internacional de Información Bioética, IBIS. Recuperado de http://ibiseducacion.org/IMG/pdf/APA2003_capacitacion.pdf
- Atocha, M., y Chiriboga, J. (2017). Aplicación de la Escala Dass-21 para Comparar los Niveles de Depresión, Ansiedad y Estrés en Profesionales de Salud de dos Hospitales Públicos de Segundo Nivel, Durante el Periodo de Mayo a Junio de 2017. [Tesis de Especialización].

- Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13954/Atocha%20%26%20Chiriboga%2c%202017%2003-10-2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bértola, D. (2010). Ética, Filosofía E Historia de la Medicina: Hans Selye y sus Ratas Estresadas. *Medicina Universitaria*, 12(47).142 – 143. Recuperado de <https://www.elsevier.es/en-revista-medicina-universitaria-304-pdf-X1665579610537461>
- Boto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Médica de Chile*, 142. 1297 – 1305. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>
- Bresó, E., Pedraza, L., y Pérez, K. (2019). Síndrome de Burnout y ansiedad en médicos de la ciudad de Santa Marta. *Duazary*, 16(2). 259 – 269. DOI: <https://doi.org/10.21676/2389783X.2958>
- Carrillo, C., Ríos, R., Martínez, M., y Noguera, P. (2016). Nivel de estrés del personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital clínico universitario. *Enfermería Intensiva*, 27(3). 89 – 95. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2016.03.001>
- Castillo, I., Torres, N., Ahumada, A., Cárdenas, K., y Licon, S. (2014). Estrés laboral en enfermería y factores asociados. Cartagena (Colombia). *Salud Uninorte*, 30(1). 34 – 43. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n1/v30n1a05.pdf>
- Castillo P., Cestagalli V., Vernaza S., Riveros M., Bernal V y Quiñones M. (2019). Variables asociadas al síndrome de burnout en el área de la salud de una clínica de Villavicencio, Colombia. *Psicología y Salud*, 29 (1), 51-62. Recuperado de <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2568/4463>
- Cifuentes, R. (2011). *Diseños de Proyectos de Investigación Cualitativa*. Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://files.coordinacion-de-investigaciones.webnode.com.co/200000021-47c0549bf3/Enfoque%20de%20investigaci%C3%B3n.pdf>
- Clasificación Internacional de Enfermedades. (2019). Crisis de ansiedad. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/1707067746>
- Clasificación Internacional de Enfermedades. (2019). Estrés. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/505909942>

- Clasificación Internacional de Enfermedades. (2019). Trastorno depresivo, episodio único. Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/lm/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2fid%2fentity%2f578635574>
- Clemente, S. (2016). Estrés, Ansiedad y Depresión en Profesionales de Enfermería que Brindan Atención Primaria de Salud del Distrito de Amarilis - Huánuco 2015. [Tesis de Grado]. Universidad de Huánuco, Huánuco, Perú. Recuperado de http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/107/CLEMENTE_DOROTEO_Shayra_Louise_Tesis_t%20c3%20adulo_profesional_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Clínica Galatea. (2018). *Depresión o Ansiedad en Médicos. Factores de riesgo. Barcelona*. Centro de desintoxicación y tratamiento de adicciones y trastornos mentales especializado en médicos y profesionales sanitarios.
- Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo (COPASST). (2016). Preguntas frecuentes sobre el Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo. SafetYA tiempo real, control real. Recuperado de <https://safetya.co/comite-paritario-en-seguridad-y-salud-en-el-trabajo/>
- Cuadrado, S. (2016). *Trabajo a turnos, estrés y rendimiento laboral en personal de enfermería*. [Trabajo de Master]. Universidad Miguel Hernández, Elche, España. Recuperado de <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/3201/1/Cuadrado%20Garc%C3%ADa%2C%20Sandra%20TFM.pdf%20Hecho.pdf>
- De Vega, J., y García, M. (2014). Depresión, suicidio, duelo. *Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria*. 2. Recuperado de https://www.sepeap.org/wpcontent/uploads/2014/02/Ps_inf_depresion_suicidio_duelo.pdf
- El Congreso de Colombia. (2006). Ley 1090 del 6 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Diario oficial 46383 del 6, septiembre de 2006. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html

El Congreso de la Republica de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial 41148 del 23 de diciembre de 1993.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de1993.pdf>

El Congreso de la Republica de Colombia. (2013). Ley 1616 de 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Diario oficial 48.680 del 21 de enero de 2013.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616del-21-de-enero-2013.pdf>

Empresa Social del Estado de Villavicencio (2020). Institucional – E.S.E Municipal. Recuperado de <http://www.esdevillavicencio.gov.co/ws/?seccion=5100>

Enrique, A. (2004). Neuroticismo, Extraversión y Estilo Atribucional en Veteranos de Guerra: Una Aproximación Desde el Estrés Postraumático. *Revista de Psicología y Ciencias Afines*. Recuperado de <https://web-b-ebsohost-com.craiustadigital.usantotomas.edu.co/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9848f0bf-b8284e1d-8832-205670169996%40pdc-v-sessmgr05>

Feo, J. (2008). Influencia del trabajo por turnos en la salud y la vida cotidiana. [Tesis de Especialización]. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis38.pdf>

Fernández, A., Estrada, M., y Arizmendi, J. (2019). Relación de Estrés, Ansiedad y Depresión Laboral en Profesionales de Enfermería. *Revista Enfermería Neurológica*, 18(1). 29 – 40. Recuperado de <https://www.revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/277/284>

Flores, G., y Ochoa, K. (2018). Estrés laboral del personal de enfermería en el área de emergencia del Hospital del Niño Dr. Francisco Icaza Bustamante, durante el periodo de junio hasta agosto del 2018. [Tesis de Grado]. Universidad de Guayaquil, Guayaquil, Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/35908/1/1255-TESIS-FLORES%20Y%20OCHOA.pdf>

- Flores, M., Troyo, R., Valle, M., y Vega, M. (2010). Ansiedad y estrés en la práctica del personal de enfermería en un hospital de tercer nivel en Guadalajara. *Revista Electrónica de Psicología de Iztacala*, 13(1). Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/d609/c5d059efedaca5a7102f0f5b65a19fec12e3.pdf>
- Galván, M. (2014). Racionalismo Crítico e Interpretación. *Ideas y Valores*, 1(15). 239 – 251. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/idval/v65n160/v65n160a11.pdf>
- García, J., Gómez, J., Martín, J., Fangundo, J., Ayuso, D., Martínez, J., y Ruiz, C. (2020). Impacto del Sars-Cov-2 (Covid-19) en la Salud Mental de los Profesionales Sanitarios: una Revisión Sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94(23). 1 – 20. Recuperado de https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr o m/VOL94/REVISIONES/RS94C_202007088.pdf
- García, M., y Gil, M. (2016). El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Perona*, 19. 11 – 30. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1471/147149810001.pdf>
- García, V. (2017). *Estudio comparativo entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria del Nivel de Burnout según la variable de personalidad, ansiedad y depresión, del personal sanitario (Médicos y Enfermeras)*. [Tesis de Doctorado]. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España. Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=GgWJQOr97PE%3D>
- Gómez, R. (2004). *El estrés laboral del médico: Burnout y trabajo en equipo*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Scielo. Versión On-line ISSN 2340 – 2733
- Gómez, S., Ballester, R., Gil, B., y Abibanza, R. (2015). *Ansiedad, depresión y malestar emocional en los profesionales sanitarios de las Unidades de Cuidados Intensivos*. Departamento de psicología básica, clínica y psicobiología. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital General Universitario de Castellón. Version On-line ISSN1695-2294. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextpid=S021297282015000200039
- González, M. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Revista USAL*. Recuperado de https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/69050/Aproximacion_al_concepto_de_ansi

- edad_en_.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR3R681D6QRt4P8oW3KISlrWYUOD0nHEu_B38xIC2pnzYwK3Ah9rlOC4Ds
- González, R. (1999). *Percepción – Teorías: Desde el Positivismo Lógico hacia la Ciencia Cognitiva*. [Tesis de Maestría]. Universidad de Chile, Santiago de Chile, Chile. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/108765/gonzalez_r.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Grazziano, E., y Ferraz, E. (2010). *Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros*. Enfermería Global. Universidad Federal de Minas Gerais.
- Gutiérrez, M. (2014). *Los enfoques filosóficos de generación del conocimiento y las apuestas metodológicas que exigen*. Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/blogs/mlgutierrez/files/Enfoques-y-estrategias-deinvestigacion4.pdf>
- Hernández, G., Orellana, G., Kimelman, M., Núñez, C., e Ibañez, C. (2005). Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Revista médica de Chile*, 133, 895-902. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v133n8/art05.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGraw Hill. Recuperado de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 en la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24 (3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432020000300578
- Inche, J., Andía, Y., Huamanchumo, H., López, M., Vizcarra, J., y Flores, G. (2003). Paradigma Cuantitativo: Un Enfoque Empírico y Analítico. *Industrial Data*, 6(1). 23 – 37. DOI: <https://doi.org/10.15381/idata.v6i1.5938>
- Juárez, A., Vera, A., Mérimo, C., Gómez, V., Feldman, L., y Hernández, E. (2014). Demanda/Control y la Salud Mental en Profesionales de la Salud: Un Estudio en Seis Países Latinoamericanos. *Psicología Iberoamericana*, I, 108: 2-18. DOI: dx.medra.org/10.14635/IPSIC.2014.108.1

- Laborda, X. (1981). *Racionalismo y Empirismo en la Lingüística del Siglo XVII: John Wilkins Y Port-Royal*. [Tesis de Doctorado]. Universidad de Barcelona, Barcelona. Recuperado de https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/1727/TESIS_LABORDA.pdf?sequence=1&jsAllowed=y
- Li, Y., Zhang, Z., Feng, Z., Chen, S., Liu, T., Chen, X., Tang, J., & Liao, Y. (2016). Life Events, Anxiety and Depression among Doctors and Nurses in the Emergency Department: a Study from Eleven General Hospital in Hunan Province, China. *Journal of Psychiatry and Brain Science*, 1(1). DOI: <https://doi.org/10.20900/jpbs.20160002>
- Lluís, J. (2017). Los Límites del Racionalismo en Descartes. *Enrahonar, an International Journal of Theoretical and Practical Reason*, 59. 11 – 33. https://ddd.uab.cat/pub/enrahonar/enrahonar_a2017v59/enrahonar_a2017v59p11.pdf
- Londoño, J., Chica, O., y Marín, I. (2017). Riesgo de depresión, alcoholismo, tabaquismo y consumo de sustancias psicoactivas en personal de enfermería, de dos instituciones hospitalarias del área metropolitana de la ciudad de Medellín. *Medicina U.P.B.*, 36(1). 34 – 43. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159051102005.pdf>
- Lozano, A. (2020). Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(1). 51 – 56. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v83n1/1609-7394-rnp83-01-51.pdf>
- Mejía, C., Chacón, J., Enamorado, O., Garnica, L., Chacón, A., y García, Y. (2019). Factores asociados al estrés laboral en trabajadores de seis países de Latinoamérica. *Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo*, 28. 204 – 211. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/medtra/v28n3/1132-6255-medtra-28-03-204.pdf>
- Méndez, C. (2016). *Prevalencia de Estrés, Depresión y Ansiedad en Personal del Departamento de Cirugía Del Hospital Salvador B. Gautier Febrero-Julio 2016*. [Tesis de Doctorado]. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo de Guzmán, República Dominicana. Recuperado de <https://repositorio.unphu.edu.do/bitstream/handle/123456789/905/Prevalencia%20de%20estre%cc%81s%20depresio%cc%81n%20y%20ansiedad%20en%20personal%20del%20>

- departamento%20de%20cirugi%cc%81a%20del%20Hospital%20Salvador%20B.%20Ga
utier%20febrero-julio%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mesa, N. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *ENE Revista de Enfermería*, 12(3). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n3/1988-348X-ene-13-03-e1335.pdf>
- Mingote, C., Moreno, B., y Gálvez, M. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123(7), 265–270. DOI: doi:10.1016/s0025-7753(04)74484-x
- Ministerio de Salud. (04 de octubre de 1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (8430). Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Molina, J. (2013). Monismo, Dualismo, Pluralismo. *Naturaleza y Libertad Revista de Estudios Interdisciplinarios*, 2. 133 – 147. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4820515.pdf>
- Monterrosa, A., Dávila, R., Mejía, A., Contreras, J., Mercado, M., y Flores, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2). 195 – 213. DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.3890>
- Monge, S., Ronda, E., Pons, M., Vives, C., Malmusi, D., y Gil, D. (2015). Limitaciones y recomendaciones metodológicas en las publicaciones sobre salud de la población inmigrante en España. *Gaceta Sanitaria*, 29(6): 461-463. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911115001612>
- Monterrosa, A., Dávila, R., Mejía, A., Contreras, J., Mercado, M., y Flores, C. (2020). Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos. *MedUNAB*, 23(2). 195 – 213. Recuperado de <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/08/1117984/3890-estres-laboral-ansiedad-ymiedo-covid.pdf>
- Navarro, M. (2015). Cuáles son los tipos de profesionales de la salud. *Clinic Cloud*. <https://clinic-cloud.com/blog/tipos-de-profesionales-de-la-salud-cuales-son/>
- Olea, D., y Riojas, R. (2019). Factores Relacionados al Estrés en el Profesional de Enfermería del Servicio de Emergencias del Hospital José Soto Cadenillas Chota Perú 2017. [Tesis de

- Grado]. Universidad Nacional Pedro Ruíz Gallo, Lambayeque, Perú. Recuperado de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/4534/BC-TEST-3349%20OLEA%20PE%c3%91A-%20RIOJAS%20FLORES.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud (OMS), y Oficina Internacional del Trabajo (OIT). (2019). *El estrés, los accidentes y las enfermedades laborales matan a 7500 personas por día*. Noticias ONU. Recuperado de <https://news.un.org/es/story/2019/04/1454601>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *Protección de la salud de los trabajadores*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/protecting-workers'-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). La Organización del Trabajo y el Estrés, Serie Protección de la Salud de los Trabajadores N° 3. Comercialización y Difusión. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. En “Topics, Depresión”. Recuperado de <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2003). *Salud de los trabajadores. Recursos*. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, C. (2017). El Legado Del Positivismo Lógico, 50 Años Después. La Autoinmunidad Hiper crítica Del Neodualismo Postanalítico. (A Través De Von Wright Y Apel). THÉMATA. *Revista de Filosofía*, 55. 83 – 130. Recuperado de <https://proyectoscio.ucv.es/wp-content/uploads/2017/11/5.-Ortiz-de-Landazuri.pdf>
- Ospina, A. (2016). *Síntomas, Niveles de Estrés y Estrategias de Afrontamiento en una Muestra de Estudiantes Masculinos y Femeninos de una Institución de Educación Superior Militar: Análisis Comparativo*. [Tesis de Maestría]. Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/3161/4/TESIS%20DE%20MAESTR%C3%8DA%20%20Andr%C3%A9s%20Ospina%20Stepanian.pdf>
- Otzen, T., y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1): 227-231. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

- Palmer, Y., Prince, R., Medina, M., y López, D. (2017). Frecuencia de rasgos de depresión en médicos internos de pregrado del Instituto Mexicano del Seguro Social en Mexicali, Baja California, *Investigación en Educación Médica*, 6(22). 75 – 79. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.riem.2016.08.001>
- Páramo, V. (2012). El Eterno Dualismo Antropológico Alma-Cuerpo: ¿Roto Por Laín? *Thémata. Revista de Filosofía*, 46. 563 – 569. Recuperado de http://institucional.us.es/revistas/themata/46/art_53.pdf
- Pérez, D., García, J., García, T., Ortiz, D., y Centelles, C. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral. Ciudad de la Habana*, 30(3). Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0864-21252014000300009
- Pérez, J. (2017) *Trata el Estrés con PNL; Capítulo 1; ¿Qué es el Estrés?* Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid, España. 128. Recuperado de <https://www.cerasa.es/media/areces/files/book-attachment-1677.pdf>
- Perúla, C., Perúla, C., Perúla, L., Jiménez, C., y Vaquero, M. (2017). Mindfulness en enfermería de atención primaria y su relación con el estrés laboral. *Nure Investigación*, 14(86). Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6277926>
- Pino, J. (2015). Metodología de investigación en la ciencia política: la mirada empírico analítica. *Revista Fundación Universitaria Luis Amigó*, 2(2);185-195.
- Pousa, D., y Chávez, E. (2007). Ansiedades y sentimientos de los profesionales de enfermería en situaciones de terminalidad en oncología. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 15(6). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n6/es_11.pdf
- Presidente de la República de Colombia. (1994). Decreto 1876 de 1994. Por el cual se reglamentan los artículos 96, 97 y 98 del Decreto Ley 1298 de 1994 en lo relacionado con las Empresas Sociales del Estado. Diario oficial 41480 del 5 de agosto de 1994. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/decreto-1876-1994.pdf?fbclid=IwAR13zbHrrPWudWj010D-LGu8zmo6b2bxOi__fvJz83DSrPtHqgAqwNH2n4
- Ramírez, M., Ontaneda, M., y Vivanco, M. (2019). Relación entre síndrome de burnout y la salud en enfermeras. Ciudad Quito. *Revista Cubana de Educación Superior*, 38(4). Recuperado de <http://www.rces.uh.cu/index.php/RCES/article/view/326>

- Ramírez, J., Castro, D., Lerma, C., Yela, F., y Escobar, F. (2020). Consecuencias De La Pandemia Covid-19 En La Salud Mental Asociadas Al Aislamiento Social. *Preprint*. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.303
- Reyes, A. (2005). Trastornos de Ansiedad Guia Practica Para Diagnóstico y Tratamiento. Federación mundial de sociedades de psiquiatría biológica. Universidad Complutense. Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Reyes, J. (2010). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Biblioteca Virtual en Salud*. Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
- Rodríguez, G. (2017). *Factores Psicosociales Laborales que Determinan el Estrés en Personal Médico y de Enfermería del Hospital General Fresnillo*. [Tesis de Maestría]. Universidad Autónoma de Zacatecas, Zacatecas, México. Recuperado de <http://ricaxcan.uaz.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.11845/1554/GILBERTO%20RDGZ..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Román, J. (2003). Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29(2). Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v29n2/spu02203.pdf>
- Ruiz, F., García, M., Suárez, J., & Odriozola, P. (2017). The hierarchical factor structure of the Spanish version of Depression Anxiety and Stress Scale - 21. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 17, 97-105.
- Sanabria, P., González, L., y Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. *Estudio exploratorio. Revista Med*, 15(2), 207-217. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v15n2/V15n2a08.pdf>
- Sarsosa, K., y Charria, V. (2018). Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Universidad y Salud*, 20(1). 44 – 52. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.108>
- Sarubbi, E., y Castaldo, R. (2013). Factores causales del estrés en los estudiantes universitarios. *V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-054/466.pdf>

- Serra, L. (2013). Trabajo en turnos, privación de sueño y sus consecuencias clínicas y medicolegales. *Revista Médica Clínica Los Condes*, 24(3). Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864013701809>
- Sierra, J., Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, Angustia y Estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*. Periódicos Electrónicos em Psicología, 3(1). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151861482003000100002
- Velásquez, L., Colin, R., y González, M. (2013). Afrontando la residencia médica: depresión y burnout. *Gaceta Médica de México*, 149:183-95. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2013/gm132h.pdf>
- Velázquez, Y., Zamorano, B., Ruiz, L., Monreal, O., y Gil, H. (2014). El horario laboral como elemento de riesgo psicosocial en los profesionales de la salud. *Saber, Universidad de Oriente, Venezuela*, 26 (4): 409-415. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/4277/427739475006.pdf>
- Wilson, W., Pradeep, J., Rao, S., Ghiya, M., Menon, N., Mundra, H., & Mathew, R. (2020). Prevalence and Predictors of Stress, anxiety, and Depression among Healthcare Workers Managing COVID-19 Pandemic in India: a Nationwide Observational Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 42(4). DOI: <https://doi.org/10.1177/0253717620933992>
- Yahaya, S., Abdull, S., Bahribin, M., Mohd, M., & Abdul, M. (2018). Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among emergency medical officers in Malaysian hospitals. *World Journal of Emergency Medicine*, 9(3). 178 – 186. DOI: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2018.03.003
- Zarragoitia, I. (2011). *Depresión, generalidades y particularidades*. Editorial ciencias médicas. Hospital docente Clínicoquirúrgico “Hermanos Ameijeras”.